

# Helt på sin måte

*En undersøkelse av terapeututvikling i løpet  
av en intersubjektiv barneterapiprosess*

Tora Bjørgo Lie



Hovedoppgave ved Psykologisk institutt

UNIVERSITETET I OSLO

mai 2013



# **Helt på sin måte**

En undersøkelse av terapeututvikling i løpet av en intersubjektiv barneterapiprosess

Levert som hovedoppgave ved Psykologisk institutt, Universitetet i Oslo

**Tora Bjørgo Lie**

© Tora Bjørgo Lie

2013

Helt på sin måte – en undersøkelse av terapeututvikling i løpet av en intersubjektiv  
barneterapiprosess

Tora Bjørgo Lie

<http://www.duo.uio.no/>

Trykk: Reprosentralen, Universitetet i Oslo

# Sammendrag

Forfatter: Tora Bjørge Lie

Tittel: Helt på sin måte – en undersøkelse av terapeututvikling i løpet av en intersubjektiv barneterapiprosess

Hovedveileder: Unni Tanum Johns

Biveileder: Synne Ekren Christie

Undersøkelsen ble startet etter forfatterens hovedpraksis på BUP. Det søkes å belyse prosess og betydningsfulle forhold som fremmet terapeututvikling i en intersubjektiv barneterapiprosess. Barnet er en 9 år gammel gutt henvist for tristhet/engstelighet sekundært til somatisk sykdom. Terapeuten er en student i avslutningen av sin psykologutdanning. Hermeneutisk refleksiv metode ble benyttet i en tematisk analyse av videoopptak fra 15 timer på lekerom. I transaksjonelle hendelser med øyeblikk av møter mellom sinn foregikk en selvutvikling for både barn og terapeut. For-forståelsen i undersøkelsen er et utviklingsrettet intersubjektivt perspektiv hvor det vektlegges gjensidighet mellom to subjekter. Sterns modell for selvutvikling, Tronicks (1989) modell for gjensidig regulering og hypotese om dyadisk utvidelse av bevissthet (1998), samt Winnicotts (1971) teori om lek ble særlig vektlagt som meningsskapende for utviklingsprosessen til barn og terapeut. Det kan se ut til at både barn og terapeut ble ”et hode høyere enn seg selv” (jfr. Vygotsky, 1978) ved at de ble i stand til å samskape et utviklende samvær uten en direkte deklarasjon av hva som foregikk mellom dem. Dannelsen av et profesjonelt selv og et konseptuelt kart for rollen som barneterapeut diskuteres sammen med betydningen veiledning og egenerapi har hatt for terapeututviklingen. Undersøkelsen samsvarer med annen forskning om viktige temaer i terapeututvikling og terapeutens betydning for terapiprosessen. Slik suppleres den allerede eksisterende kunnskapen med en rik kontekstavhengig beskrivelse av terapeututvikling i en intersubjektiv barneterapi.



# Forord

*Det var på lanseringen av boken «Utviklingsrettet intersubjektiv psykoterapi med barn og unge» idéen om oppgaven ble delt. «Jeg har så lyst å skrive om dette i hovedoppgaven», sa jeg til min veileder Synne. «Ja, du kan jo for eksempel bruke terapien med Oscar», sa hun engasjert. «Der skjer det jo allerede så mye fint.» «Selvfølgelig vil jeg det!» sa oppgaveveileder Unni med et stort smil da jeg senere spurte henne om å være veileder for oppgaven. Dette er møteøyeblikk i min utvikling som terapeut.*

Takk Synne for god og sensitivt regulerende veiledning da jeg skulle ta mine første skritt som barneterapeut. Takk for delt engasjement og trygghet til å dele også det som var utfordrende. Takk Unni for at du ble med på en til tider rotete prosess i å finne frem til hva som skulle fokuseres på i oppgaven. Takk for at du løftet frem terapeututvikling som noe av gullet i materialet og slik gav rom for å skrive om noe som virkelig betyr noe for meg. Det har vært krevende og veldig lærerikt.

Takk til kollegaer i hovedpraksis for at dere villig viste frem yrkets tvetydighet og usikkerhet. En særlig takk rettes teamleder Jørgen Blom og nevropsykolog Ingun Møgedal Brustugun for oppmuntring og interesse for arbeidet mitt.

Takk til min kjære familie som heier og ber for meg. En spesiell takk til mamma og pappa som jeg vet er stolte og glade for at jeg har funnet gleden ved faget mitt. En STOR takk til mine tanteskatter Anna Celia og Samuel. Dere lærer meg mye om livet og fyller det med glede og lek!

Takk kjære venner som heier på meg og minner meg på de viktige tingene i livet. En spesiell takk til Marie V. for at du er deg. Takk Rosehagen og Beulah-jenter for kreative og blomstrende pauser fra oppgavestress.

Og sist, men ikke minst: Tusen takk lunsjkamerater og den eksklusive teklubben for fellesskap og latter. Jeg er veldig takknemlig for at vi har vært et fellesskap med rom for utvikling. Det er nå det begynner.

Oslo, 26.mai 2013

Tora Bjørgo Lie





«There is no greater pleasure than knowing that you made a real, lasting difference in the life of another human being, (...) one that never loses its special meaning”.

(Norcross & Guy, 2007, s. 21)

# Innholdsfortegnelse

1	Innledning.....	1
1.1	Terapeututvikling.....	1
1.2	En barneterapi med to subjekter .....	2
1.2.1	Terapeutens utviklingshistorie .....	3
1.2.2	Synet på barnet .....	5
1.3	Valg av teori og begrepsavklaringer.....	6
1.4	Problemstilling.....	7
1.5	Etisk bevissthet.....	8
2	Metode.....	9
2.1	Hermeneutisk fenomenologisk refleksivitet.....	9
2.1.1	Relasjonsorientert forskning .....	9
2.1.2	Refleksivitet .....	9
2.1.3	Hermeneutisk fenomenologisk fortolkning.....	10
2.2	Videoanalyse .....	11
2.2.1	Transkripsjon.....	11
2.2.2	Trinn i analysen .....	12
3	Kasusbeskrivelse - Oscar .....	14
3.1	Bakgrunn for barneterapi.....	14
3.2	Kasusformulering .....	14
3.2.1	Oscar.....	15
3.2.2	Behandlingsplan .....	17
4	Teoretisk rammeverk.....	19
4.1	Et utviklingsrettet intersubjektivt perspektiv.....	19
4.1.1	Fra objektrelasjoner til subjektrelasjoner .....	19
4.1.2	Jeg og du.....	19
4.1.3	Intersubjektive møter.....	20
4.1.4	En selvregulerende annen.....	21
4.1.5	Sterns selvutviklingsmodell .....	22
4.1.6	Tidsavgrenset terapi med barn .....	25
4.2	Lek i terapi med barn.....	26
4.2.1	Det lekende barnet.....	26

4.2.2	Den lekende terapeuten .....	27
5	Analyse av utviklingsprosesser .....	28
5.1	De første møtene.....	28
5.1.1	En hjelpende relasjon blir til .....	28
5.1.2	Terapeutiske utfordringer .....	33
5.2	Vi jobber sammen.....	34
5.2.1	Et utviklende samvær .....	34
5.2.2	Terapeutiske utfordringer .....	39
5.3	Terapiens avslutning.....	41
5.3.1	Avslutte i barnets opplevelsesverden .....	41
5.3.2	Terapien gjør noe med terapeuten også.....	43
5.3.3	Etter barneterapien .....	43
5.3.1	Terapeutiske utfordringer .....	44
6	Diskusjon.....	46
6.1	Et profesjonelt selv .....	46
6.1.1	Selvutvikling .....	46
6.1.2	Klinisk selvtilit .....	48
6.2	Terapeutrolle.....	49
6.2.1	«Et hode høyere enn seg selv» .....	49
6.2.2	Barneterapeutrollen .....	51
6.2.3	Relasjon .....	52
6.3	Betydningsfulle forhold utenfor lekerommet .....	55
6.4	Avsluttende betraktninger.....	58
	Litteraturliste .....	61

Figur 1 Hermeneutisk fortolkningssirkel (Gadamer, 1989; McLeod, 2001, min visuelle fremstilling).....	70
Figur 2 Triangulering i utvidelse av forståelse.....	71



# 1 Innledning

## 1.1 Terapeututvikling

Psykoterapiforskning har funnet at det er egenskaper ved terapeuten fremfor terapimetode som virker inn på den terapeutiske alliansens kvalitet og dermed også effektivitet av terapi (Orlinsky, Rønnestad, & Willutzki, 2004; Wampold, 2001). Hvem terapeuten er og hvordan hun anvender en terapeutisk metode i relasjon til pasienten har mer å si for utfall av terapi enn hvilken metode som brukes (Oddli, 2012; Rønnestad & Skovholt, 2013). Man finner at ikke alle terapeuter er like effektive og at man derfor fremfor å se på empirisk støttede behandlingsmetoder bør studere empirisk validerte terapeuter (Chambless et al., 2006; Lambert & Ogles, 2004). Studier av terapeuters individuelle egenskaper og deres utvikling som terapeuter har derfor kommet i fokus (Ackerman & Hilsenroth, 2003; Skovholt & McCarthy, 1988; Skovholt & Rønnestad, 1992). Ved å studere spesifikke pasient-terapeutdyader kan man komme frem til mer spesifikk kunnskap om hva som medvirker til endring i terapi (Lambert, 1989), og finne de aktive ingrediensene i terapi fremfor et ensidig fokus på enten teknikk eller relasjon som endrende (Goldfried & Davila, 2005; Goldfried, 2009). Slik vil det også fremkomme kunnskap som bidrar til en individrettet tilnærming til behandling (Norcross & Wampold, 2011).

Studier av terapeututvikling har generert en etter hvert stor kunnskapsbase om hvilke faser som terapeuter går igjennom i sin profesjonelle utvikling og hva som er viktig for å utvikle seg videre i de ulike fasene. Rønnestad og Skovholt (2013) deler terapeuters utvikling inn i ulike faser som kjennetegnes av ulike utviklingsoppgaver og betydningsfulle temaer.

Studenter i begynnelsen av klinisk opplæring omtales som novisestudenter («the novice student phase»). I denne fasen står studenten overfor sine første terapierfaringer og skal håndtere mye ny informasjon og til dels overveldende emosjonelle erfaringer i tillegg til å tilegne seg praktiske ferdigheter i utøvelsen av faget (Rønnestad & Skovholt, s. 55). Deretter følger en fase som videregående studenter («the advanced student phase») i avslutningen av studiet. Nå forstår studenten stadig mer av fagets kompleksitet og ferdigheter. Kunnskap skal tilegnes, og man skal søke å ha en åpenhet til teori samtidig som man gjør noen teoretiske valg for fordypning (Rønnestad & Skovholt, 2013, s. 71). Studentterapeuter står overfor oppgaven å bygge seg en ”bærekraftig terapeutidentitet” (Nielsen, Vøllestad, Schanche, &

Nielsen, 2009, s. 240). Tvetydigheten og usikkerheten i yrkets natur kan oppleves som det mest stressende for studentterapeuten (Pica, 1998) og den uerfarne terapeuten (Skovholt & Rønnestad, 2003). Studier av studentterapeuters bekymringer ved Universitetet i Bergen og NTNU har funnet at studentene bekymrer seg mest for manglende teoretisk kunnskap og faglige ferdigheter (Hansen, Svendsen, & Hagen, 2010; Nielsen et al., 2009). Dette kan knyttes til manglende klinisk erfaring. Studentterapeuten står slik i en angstpreget prosess mens hun skal finne ut hva terapeutrollen innebærer (danne et konseptuelt kart jfr. Skovholt & Rønnestad, 2003) og danne seg et profesjonelt selv (Adelson, 1995). En positiv og trygg veileder/mentor vil være avgjørende i denne prosessen (Brinson, 1997).

Proessen jeg vil beskrive i denne oppgaven finner sted i min praksis som novise i hovedpraksis og fortsatte i mitt hovedoppgavearbeid som avgangsstudent ved profesjonsstudiet i psykologi. Min studie vil være en kasuistisk beskrivelse (Yin, 2003) hvor jeg undersøker min egen terapeututvikling i løpet av en intersubjektiv barneterapi. Den vil således kunne utfylle den allerede eksisterende kunnskapsbasen med en subjektiv opplevelse av terapeututvikling i et bestemt samspill med et barn. Denne oppgaven vil søke å belyse utvikling av en barneterapeut til forskjell fra studier av terapeuter for voksne klienter. Beskrivelser av barneterapier med fokus på barnets utvikling (Svendsen, Johns, Brautaset, & Egebjerg, 2012) og studentterapeuters barneterapier (Jacobsen & Svendsen, 2010) er gjort tidligere. Jeg valgte å se på hva en barneterapi kan gjøre med terapeuten i form av terapeututvikling. Betydningen av veiledning og egenterapi for utviklingen av et profesjonelt selv og et konseptuelt kart for barneterapeutrollen vil bli diskutert.

## **1.2 En barneterapi med to subjekter**

Terapien med Oscar, som er utgangspunkt for denne oppgaven, er min første terapi som barneterapeut. I hovedpraksis hadde jeg flere barneterapier hvor jeg anvendte lærdom fra erfaring i denne terapien. Dette kasus skilte seg slik ut (Sandelowski, 1996; Thorne, 2009), og jeg valgte derfor å gå i dybden på ett kasus fremfor å sammenligne på tvers av flere kasus. Denne terapien ble også valgt da den opplevdes svært meningsfull og givende å arbeide med, og jeg fornemmet tydelig en positiv utvikling hos barnet. Jeg hadde en opplevelse av at jeg hadde famlet meg frem til et vellykket resultat. Det opplevdes som om jeg hadde brukt hele meg, kreativitet, følelser og intellektuell kapasitet (Lonergan, O'Halloran, & Crane, 2004), og at jeg gjennomgikk en utviklingsprosess i tråd med dette. Derfor hadde jeg lyst å bruke

hovedoppgaven til å analysere terapiprosessen og fordype meg i litteratur som kunne belyse forhold ved denne utviklingen. Tidlig i min hovedpraksis, og i møte med Oscar, ble ”helt på sin måte” en betydningsfull formulering. Jeg skulle finne min måte å være terapeut på. Samtidig ønsket jeg å styrke barnets selvfølelse så Oscar kunne kjenne at det var godt å være han, helt på sin måte. Denne formuleringen ble derfor en naturlig tittel for oppgaven.

I en intersubjektiv forståelse er det to subjekter som møtes (Benjamin, 1990). Relasjonen brukes som mulighet for å skape endringsmuligheter (Hansen, 2012). Denne kasusundersøkelsen (Malterud, 2011) omhandler derfor to subjekter, terapeuten og barnet. Det terapeutiske møtet mellom barn og terapeut samskapes av hva de to subjektene bringer med seg, jfr. en sosial-konstruktivistisk forståelse som ligger til grunn for et intersubjektivt perspektiv (Safran & Muran, 2000). Det intersubjektive perspektivet vil bli nærmere behandlet i teoridelen. Jeg merket underveis at terapien ikke bare syntes å virke endrende for barnet, men at det skjedde en endring med meg også. Vi befant oss i en gjensidig påvirkning der barnets handlinger skapte endringer hos meg som terapeut. Sameroff (2009, s. 3) beskriver dette i sin transaksjonsmodell hvor han vektlegger at ”alt er i relasjon” hvor vi stadig påvirker og blir påvirket av den andre. Denne oppgaven er derfor også en studie i hvilke transaksjonelle prosesser som utspilte seg i møtene mellom barn og terapeut, hvordan vi påvirket og tilpasset oss til hverandre. I forskning er målet å oppnå kunnskap mens man i psykoterapi søker å forstå og hjelpe (Hansen, 2011). Når disse to feltene føres sammen, er målet å få frem ny forståelse av hvordan et særskilt barn og hans terapeut sammen fant en vei til positiv endring mot styrket selvfølelse og økt selvrepresentasjon for begge to. Målet er å belyse hvordan en intersubjektiv barneterapi kan foregå og produsere kunnskap om terapeututvikling i løpet av en slik terapi. Jeg ønsker å gi et blikk inn i den terapeutiske verden, hvordan man kan være som barneterapeut og hva som har vært betydningsfullt for meg i min utvikling som terapeut. Det reflekteres omkring min måte å være i verden på som terapeut for Oscar.

### **1.2.1    Terapeutens utviklingshistorie**

For å forstå samspillet mellom barn og terapeut, vil jeg beskrive noe av hva jeg som terapeut bringer med meg til terapirommet. Terapeuten bringer med seg utdanning og teoretisk forståelse, men også personlige erfaringer og egen historie, samt verdier, holdninger, personlige egenskaper, ressurser og utfordringer. I en to-persons psykologi ser man på

terapeuten som en deltaker heller enn en som kan stå utenfor det interpersonlige feltet som observatør (Safran & Muran, 2000). I et slikt perspektiv anses det for viktig å være bevisst sin involvering og påvirkning for å forstå hva som foregår i det terapeutiske samspillet mellom barn og terapeut (Sullivan, 1954). Når Jesse Geller ser tilbake på sin karriere og erfaringer med terapier som har formet han som terapeut anbefaler han studenter å skrive et essay som besvarer ”how my biography has influenced my theoretical and clinical dispositions”(Geller, 2005, s. 96). Også Daniel Stern (2003) vektlegger sin personlige forhistorie som viktig for sitt yrkesvalg. Inspirert av dette vil noe av min utviklingshistorie som terapeut beskrives i det følgende, da dette er en viktig bakgrunn for at denne oppgaven ble til. Det representerer en bevisstgjøring av hva jeg har med meg inn i møtet med Oscar.

Helt fra jeg var ganske liten har jeg ønsket å hjelpe mennesker. I barnehagen måtte personalet minne meg på å kle på meg selv før jeg hjalp de som var yngre. Etter hvert fant jeg ut hva jeg ville hjelpe mennesker med som stor. I samtaler med viktige andre kom jeg frem til at jeg ville hjelpe mennesker til å få det bedre i relasjon til seg selv og andre. Så jeg valgte psykologutdanning.

Det intersubjektive perspektivet gav umiddelbart mening og fanget interessen på studiet. Terapi som noe som skjer her og nå, som ikke alltid blir som forventet eller planlagt, hadde jeg erfaring med fra egenterapi. Jeg hadde selv fått oppleve hva et møteøyeblikk (Stern, 2007 s. 238) kunne bety. Barneperspektivet fikk jeg i løpet av studietiden erfaring med at var naturlig for meg å ta. Jeg merket at jeg er ”to-språklig” som Stern (2003, s. 28) kaller det å forstå barnets sinn samtidig som en forstår voksenspråket. Jeg kommer raskt i kontakt med barn. Det kan være på t-banen eller på gangveien, gjennom et smil, vink eller hei. «Hun hadde snill stemme», sa et barn jeg fikk kontakt med til moren sin. Etter noen slike hendelser ble det klart for meg at det å jobbe med barn måtte være noe for meg. Å være tante har også lært meg mye. «Jeg vil sitte ved siden av deg, tante Tora», er en kjent replikk fra familiemiddager. Jeg tror det er fordi jeg tar barneperspektivet og gir barna min fulle oppmerksomhet ved å lytte, bøye meg ned og gi de tid til å fortelle. «Kom, bli med på rommet!» følger gjerne etter middagen. Og jeg ser hvor mye det betyr for et barn å ta med seg en voksen de kan dele sin opplevelsesverden med inn på rommet sitt. Det kan dreie seg om et barnerom i fysisk forstand, eller leken som Winnicott (1971) kaller det potensielle rommet mellom fantasi og virkelighet.



Møter med veiledere og rollemodeller har også vært betydningsfullt. På barneterapiseminar ble min interesse for intersubjektiv barneterapi vekket. Jeg lyttet, noterte og engasjerte meg i diskusjonen omkring bruk av lek i terapi med barn. Med mine erfaringer fra møter med barn gav et slikt perspektiv mening. Dette syntes å være en god måte å møte barn. Det opplevdes meningsfullt og morsomt å bruke lek og kreativitet i terapi. Jeg håpet å få teste ut det jeg hadde lært i den påfølgende hovedpraksis. Der møtte jeg en praksisveileder med interesse for et intersubjektivt perspektiv, noe som var en delt glede. Forholdene lå slik til rette for at jeg kunne utvikle meg videre innen mitt interessefelt.

### **1.2.2 Synet på barnet**

Oscar ble møtt med et syn på barnet som en verdig meningsmottaker og partner i en meningsfull utveksling (Hundeide, 2003; Vedeler, 1996). For at en slik utveksling skal skje trenger barnet å bli møtt med sensitivitet og evne til medmenneskelig innlevelse eller empati, og barnet gis frihet til å handle utfra eget initiativ og uttrykk (Hansen, 1996, 2012; Vedeler, 1996). Dette er en holdning jeg har erfaring med at er viktig for å bli kjent med et barn. Før jeg skulle treffe min første barnepasient var jeg bevisst at min rolle overfor barnet skulle være annerledes enn for andre barn jeg møter, jfr. konseptuelle kart for terapeutrollen (Skovholt & Rønnestad, 2003; Ulvik & Rønnestad, 2013). Jeg tenkte imidlertid at grunnholdningen til møter med barn ville være den samme også i terapeutiske møter. Et intersubjektivt perspektiv hvor det terapeutiske møtet ses som noe umiddelbart som skjer i øyeblikket var også en viktig del av for-forståelsen (Buber, 1992; Stern, 2007). Jeg var mindre opptatt av hva jeg skulle gjøre sammen med Oscar, men hadde fokus på hvordan jeg kunne være i møte med han for slik å kunne presentere meg som en mulig hjelper for han. I et intersubjektivt perspektiv vektlegges det at utvikling skjer gjennom intersubjektiv deling og møteøyeblikk (Lyons Ruth, 1998; Stern, 2003). Innholdet ble med andre ord ansett som underordnet selve den terapeutiske dialogen (Trevarthen, 2001). Barnet og dets vansker er utgangspunktet for at barn og terapeut møtes. I tillegg er terapeuten voksen og ansvarlig for behandlingen. Det eksisterer derfor en asymmetri i relasjonen (Hansen, 2012). Relasjonen er gjensidig (Benjamin, 1990), men ikke likeverdig (Aron, 1996). Barnet kan betraktes som veiviser i det terapeutiske landskapet (Hartmann, 2008) og ses som ekspert på hvordan det opplever sin situasjon (Vedeler, 1996). Barnets utviklingshistorie og kasusformulering er viktige bidrag til å forstå barnets vansker (Carr, 2006), og vil beskrives senere i oppgaven. En grundig beskrivelse og forståelse av barnets bakgrunn som utgangspunkt for de terapeutiske møtene er viktig for å

forstå samspillet mellom barn og terapeut og terapeututviklingen som fulgte (Moltu, Binder, & Stige, 2012).

## **1.3 Valg av teori og begrepsavklaringer**

Teorien som beskrives i oppgaven er en del av for-forståelsen (McLeod, 2001) i undersøkelsen. For å forstå møtet med barnet har det blitt valgt teori ut ifra et utviklingsrettet intersubjektivt perspektiv (Svendsen et al., 2012). Utviklingspsykologi beskriver barns utvikling og hva som er betydningsfullt for at utvikling skal finne sted. Dette belyser også atypisk utvikling (Tetzchner, 2001). Et utviklingsrettet intersubjektivt perspektiv har også empirisk støtte ut fra et nevroaffektivt perspektiv som forklarer emosjonsregulering i den terapeutiske dialog med direkte påvirkning av den andres nevralt aktivering (Hart, 2011; Jacobsen & Svendsen, 2010). Dette vil derimot ikke bli gitt plass i denne undersøkelsen. Daniel Stern (1985, 2003) formulerer i sin utviklingsmodell hvordan ulike deler av selvet utvikles i samspill. Denne modellen er valgt som forståelsesramme for utviklingen til barn og terapeut, da den synes å romme begreper som oppleves som relevant og meningsfullt i møte med det opplevde. Teori om lek skapte entusiasme og gav muligheter til å jobbe terapeutisk på en lekende måte (Winnicott, 1971). Tradisjonen for å bruke lek som tilnærming i barneterapi går tilbake til 1940-tallet (Axline, 1947; McMahon, 1992). Lek er barnets arena for læring og et språk hvor følelser og opplevelser kan bearbeides (Russ, 2004; Schaefer, 1993; Slade & Wolf, 1994).

Terapeutens opplevelse av terapi med barn og terapeutens reaksjoner på barnets lek har blitt studert i et motoverføringsperspektiv innen en psykoanalytisk tradisjon (Gil & Rubin, 2005). Motoverføringsbegrepet har utviklet seg og til dels forandret innhold etter at Freud (1912/1958) opprinnelig beskrev motoverføring som egne følelser hos terapeuten som kan hindre forståelsen av pasientens følelsesmessige tilstand. Alvarez (1983) hevder at det sentrale ved motoverføringsprosessen er terapeutens evne til å være «container» for pasientens angst, til å tenke omkring emosjonelle opplevelser og gi dem mening. Ved å bli bevisst blinde flekker i sitt ubevisste gjennom veiledning og egenterapi kan motoverføringsreaksjoner håndteres slik at de ikke får negativ innvirkning på behandling (Hayes, 2011). Bevissthet om motoverføring kan være en viktig kilde til å forstå barnet og dets problematikk (Gil & Rubin, 2005). I barnefeltet har man sett hvordan terapeutens motoverføring kan representere en kontakt med egne barndomsopplevelser som kan lede til

økt forståelse av både barnet og terapeuten selv (Bonovitz, 2009). I denne oppgaven fokuseres det på hva barnet vekker hos terapeuten i tråd med et intersubjektivt perspektiv hvor partene anses som subjekter fremfor objekter for den andres overføring (Aron, 1996). I det intersubjektive perspektivet vil det være en styrke å la seg berøre i sin indre emosjonelle klangbunn og lytte til den affektive resonansen i seg selv (Brautaset, Egebjerg, & Johns, 2012). Affektiv resonans er de følelsesuttrykk som naturlig vekkes hos en samspillspartner som toner seg inn på den andre og kan vise seg i ansiktsuttrykk, stemmeleie og kroppsspråk (Jacobsen & Svendsen, 2010; Johns & Svendsen, 2012; Tomkins & Mc Carter, 1964). For å bevare den intersubjektive kvaliteten i det terapeutiske møtet er det viktig å kunne fornemme, regulere og bevisstgjøre seg egne følelser slik at man er bevisst sitt bidrag i den terapeutiske dialogen (Safran & Muran, 2000) og hvordan man anvender sine reaksjoner i møte med barnet. I et utviklingsrettet intersubjektivt perspektiv vil motoverføring kalles selektiv innntoning (Brautaset et al., 2012).

## 1.4 Problemstilling

I prosessen med å finne en avgrensende problemstilling for denne oppgaven dukket det opp mange tanker og følelser knyttet til både min utvikling som person og som terapeut. I løpet av snart seks års studier med psykologi har jeg utviklet meg mye som menneske som også har påvirket min utvikling som terapeut. Et menneske er mer enn sin yrkesrolle. Likeledes som min terapeutrolle vil se noe forskjellig ut i møte med ulike pasienters behov. Derfor avgrenses denne oppgaven til å si noe om min terapeututvikling i møte med Oscar. Hver ny klient vil lære meg noe nytt og bidra til å utvikle meg som terapeut og menneske. Denne oppgaven vil omhandle noe av det jeg lærte gjennom å være terapeut for Oscar. Siden dette er min første erfaring med barneterapi, er det grunn til å tro at denne erfaringen er særlig betydningsfull for min videre utvikling som barneterapeut (Hill, 2007; Rønnestad & Skovholt, 2013). På bakgrunn av disse refleksjonene velges følgende problemstillinger for undersøkelsen:

- 1. På hvilken måte bidro det terapeutiske samspillet mellom barnet og terapeuten i en intersubjektiv barneterapi til terapeututvikling hos terapeuten?*
- 2. Hvordan viste dette seg i løpet av terapiprosessen?*
- 3. Hvilken betydning har veiledning og egenerapi hatt for terapeututviklingen?*

## 1.5 Etisk bevissthet

Som student på profesjonsstudiet i psykologi er man forpliktet på de etiske retningslinjer som er vedtatt av Norsk psykologforening (Etiske prinsipper for nordiske psykologer, 1998 i Backe Hansen 2002). Det er tilstrebet å følge en etisk forsvarlig praksis både i det kliniske arbeidet som oppgaven baseres på og i forskningsprosessen (Backe-Hansen, 2002). Da materialet i tillegg omhandler et barn i psykoterapeutisk behandling vil det være av ekstra betydning at det håndteres ansvarlig og respektfullt (Tetzchner, 2001, s. 60). Det er ikke søkt REK om godkjenning av prosjektet da det ikke er gjort noe utover ordinært behandlingsopplegg. Alle demografiske opplysninger er anonymisert ved å endre og legge til opplysninger slik at familien ikke skal kunne gjenkjennes (Publication Manual of the American Psychological Association, 2010, s. 17). Slik ivaretas krav om konfidensialitet i forskning (Backe-Hansen, 2002). Det ble innhentet samtykke til videoopptak i forkant av barneterapien. Foreldrene til barnet har i etterkant av terapien samtykket til at deler av barnets terapi kan brukes i denne hovedoppgaven. Det ble også samtykket til at videoopptak og materiale fra terapien ble oppbevart til hovedoppgavens ferdigstillelse. Terapimaterialet og terapeutens prosessnotater (skrevet i anonymisert form) er blitt oppbevart i låst skap. I overenstemmelse med avtalen med foreldrene, har kun veiledere fått se klipp fra videoopptakene.

Barnet har ikke samtykkekompetanse (jfr. Helseforskningsloven 2008 nr 44 §§ 17), og undersøkelsen gjennomføres derfor på bakgrunn av foreldrenes samtykke (jfr. Pasient- og brukerrettighetsloven 1999 nr 63 §§ 1-3 bokstav b). Det er derfor ikke valgt bruk av klausulering, da det er ønskelig at den fremkomne kunnskap om barneterapi og terapeututvikling skal være tilgjengelig for interesserte og fremme videre forskning på feltet. Leseren bes imidlertid om å vise respekt for materialet som legges frem da dette er et personlig materiale både for barnet og terapeuten.

## **2 Metode**

### **2.1 Hermeneutisk fenomenologisk refleksivitet**

#### **2.1.1 Relasjonsorientert forskning**

Den kvalitative metodens hovedmål kan sies å være utviklingen av en forståelse av hvordan verden er konstruert (McLeod, 2001). En slik definisjon legger et sosialkonstruktivistisk perspektiv til grunn og antar at vår sosiale, relasjonelle og personlige verden samskapes av deltagerne. Terapi er en sosial arena som samskapes av terapeuten og barnet (Hansen, 2012). Og det er denne sosiale verden som det søkes en dypere forståelse av i oppgaven. Barnet ses i denne sammenheng som en medforsker som sammen med terapeuten utforsker hva terapien skal inneholde og hvordan de to forskerne skal finne en måte å være sammen på. Barn og terapeut samskaper møtet og dermed også data til undersøkelsen. Man kan kalle denne type forskning for relasjonssentrert, da det er relasjonen mellom de to og utviklingen av relasjonen som undersøkes (Evans & Finlay, 2009). Relasjonsorientert forskning omtaler møter med intervjupersoner som forskningsmøter (research encounter) der endring kan oppstå (jfr. Evans & Finlay, 2009). Dette perspektivet ligger nært opp til forståelsen av terapeutiske møter i en intersubjektiv barneterapi hvor relasjonen mellom barn og terapeut utvikles og brukes som utviklende (Svendsen et al., 2012).

#### **2.1.2 Refleksivitet**

Forskeren som fører pennen har ikke til hensikt å være objektiv da det nettopp er en sosial verden med subjektive opplevelser og meninger som er i fokus for den kvalitative undersøkelsen. Evans og Finlay (2009) beskriver det slik: "We reflect on the Other's stories while simultaneously analysing our own responses and the dynamics of the evolving relationship between us" (s. 3). Dette kan betegnes som refleksivitet (Finlay, 2003a) da forskeren retter et kritisk blikk mot seg selv og reflekterer omkring sitt bidrag til relasjonen. Det tilstrebes en radikal selvreflekterende bevissthet (Sartre, 1969; Seale, 1999) der man er i en kontinuerlig refleksjonsprosess omkring sine tolkninger av erfaring og fenomenet som undersøkes (Finlay, 2003b). Målet er utvidet forståelse og åpenhet omkring prosess (Malterud, 1993). Man åpner for at prosessen kan få frem andre resultat enn man hadde tenkt,

og gjør forskningsprosessen åpen for evaluering. Refleksivitet passer godt som metodisk tilnærming i min undersøkelse der det settes søkelys mot hva som foregår i terapeuten i løpet av barneterapien. Den refleksive tilnærmingen i denne undersøkelsen baserer seg på prosessnotater og refleksjoner omkring hva terapien gjør med terapeuten. Refleksivitet vil stå i kursiv etter beskrivelse av viktige hendelser. Motoverføringsskjema er brukt for å benevne den affektive resonansen som ble vekket hos terapeuten i møte med barnet (Feeling Word checklist, Whyte et al. 1982, revidert Hoffart & Friis 1995 i Svendsen, 2007).

### **2.1.3 Hermeneutisk fenomenologisk fortolkning**

Refleksivitet kombineres med en hermeneutisk fenomenologisk fortolkningsmetode. Tolkningen som gjøres i denne oppgaven er en tradisjonsinformert fortolkning ut ifra et intersubjektivt perspektiv. Gadamer (1989) vektlegger at all tolkning skjer i en kontekst/tradisjon. Forståelse oppnås når forståelseshorisonten til den som fortolker og teksten sammensmelter, og slik kan man komme frem til en utvidet forståelse (McLeod, 2001). Denne undersøkelsen er også fenomenologisk ved at fenomenet som er i søkelys har blitt dvelt ved til viktige trekk har tredd frem. Det som har tredd frem som betydningsfulle hendelser i utviklingen av den terapeutiske relasjonen og terapeutens utvikling vil beskrives og fortolkes. Hendelsene vil her forstås som teksten som skal tolkes. Både det som sies med ord og det som skjer i bevegelse, gjennom leken og det affektive som uttrykkes betraktes som teksten som tolkes i en hermeneutisk analysemetode (McLeod, 2001). Med en slik metode er det viktig å klargjøre sitt perspektiv og fortolkningsramme. Mine fortolkninger vil påvirkes av at jeg ikke bare er forsker men også er barnets terapeut. Jeg analyserer materiale ut ifra et intersubjektivt utviklingsrettet perspektiv som vil bli redegjort for i teoridel. Det spesielle med denne tilnærmingen vil være at jeg også går inn i dette med mitt eget følelsesapparat. Jeg har ikke vært en så nøytral som mulig deltagende observatør, men har inngått i en affektiv dialog. Dersom forskeren ikke også hadde vært terapeut ville man kunnet komme frem til andre fortolkninger. Det tilstrebes derfor å skille beskrivelse og analyse i den grad det er mulig, slik at leseren kan gjøre sine egne fortolkninger. Ved å trekke frem viktige hendelser som representerer deler av terapeututviklingen søkes det å utvide forståelsen av utviklingen som helhet. Slik foregår det en bevegelse i den hermeneutiske sirkel (McLeod, 2001, s. 27). Forskeren møter ”teksten” med en for-forståelse, er bevisst og reflekterer rundt hvordan dette påvirker det relasjonelle møtet. Dette fortolkes for å søke en forståelse av hendelsen. Sammen med forståelsen av delene formes det en forståelse av helheten. Den ervervede forståelsen vil

gi ny for-forståelse. Se figur 1. Terapeuten tilstreber underveis i prosessen å oppnå en sammensmelting av sin og barnets forståelseshorisonter slik at en god terapeutisk allianse ivaretas. Barnets opplevelsesverden er i fokus og terapeuten søker å forstå og være i denne (B. R. Hansen, 2012). I presentasjonen av undersøkelsen vil det tilstrebes å tydeliggjøre hendelser og forståelser av disse slik at leseren får mulighet til å bli en del av forståelseshorisonten som ligger til grunn. Hver av fasene i terapien, som analysen er strukturert omkring, vil innledes av en forforståelse av terapeutens rolle. Analysen av hver terapifase avsluttes av en oppsummerende refleksjon som er ment å oppsummere min delforståelse av intersubjektiv barneterapi og et konseptuelt kart for terapeutrollen (Skovholt & Rønnestad, 2003) i den aktuelle fasen. De terapeutiske utfordringer som er valgt å diskuteres underveis i analysedelen gjenspeiler viktige utfordringer jeg arbeidet med i terapiens faser.

## **2.2 Videoanalyse**

Underveis i arbeidet med terapien var videoanalyse et viktig hjelpemiddel i lærings- og fortolkningsprosessen. Jeg gjorde videoopptak av alle terapitimer og brukte opptakene til å analysere hva som skjedde. Ved å se meg selv på opptaket, kunne jeg bedre se og legge merke til hva jeg gjorde, hvordan barnet responderte på meg og motsatt. Og hvilke responser barnets aktivitet vekket hos meg. Kameraet var satt opp slik at jeg så mitt ansikt og barnets rygg. Dette gav meg anledning til å se på meg selv, og hva barnet vekket i meg av ulike emosjonelle reaksjoner (glede, interesse, kjedsomhet etc.). Plasseringen til barn og terapeut ble bestemt av barnet, da barnet stort sett var på den siden av sandkassen hvor han hadde kortest vei til hyllen med leker.

### **2.2.1 Transkripsjon**

Beskrivelsene av viktige hendelser vil være et forsøk på å gjengi noe av prosessen og ikke et direkte bilde av virkeligheten (Malterud, 2011). En transkribering av lek og opplevelse kan umulig romme alt som skjedde i øyeblikket. Ved transkripsjon vil noe gå tapt, et transkript vil ikke favne alt som skjer i det intersubjektive samspillet på mikroprosessnivå (Poland, 1995). Validiteten ved analysematerialet styrkes ved at det er terapeuten selv som gjør transkriberingen, da hun i større grad vil kunne forstå og gjengi meningsinnhold i samspillet mellom seg og barnet (Tilley, 2003). Transkripsjoner vil farges av forskerens tolkninger (Malterud, 2011), men i dette tilfellet er det nettopp terapeutens subjektive opplevelse som

undersøkes. I alle deler av videoanalysen har jeg merket hvordan jeg toner meg inn på barnets aktivitet. Jeg har merket hvordan den affektive resonansen fra møtet blir vekket i meg igjen og forsterket når jeg ser betydningen av delene sett i lys av den helhetlige terapiprosessen. Undersøkelsen har slik vært en personlig og emosjonelt preget prosess (K. R. Gilbert, 2001), som en gjenopplevelse av erfaringene som ble gjort i terapien (Kvale, 2007). Transkripsjoner av hendelsene vil også være farget av teoretisk perspektiv (Lapadat & Lindsay, 1999). Teori anses her for veiledende for hva som er av relevans i undersøkelsen (Morse, 2002). Viktige verbale utvekslinger og innhold i lek og vitalitetsformer vil bli vektlagt i transkriptene. Etter beskrivelse av hendelser vil det følge et refleksivt avsnitt. Beskrivelsene vil skrives i 3.person (terapeuten/barnet, han/hun) og refleksive avsnitt står i kursiv og skrives i 1.person. Dette for språklig å markere forskjellen i avsnittenes innhold.

## **2.2.2    Trinn i analysen**

### **Trinn 1: Første gjennomsyn**

Underveis i terapiprosessen ble gjennomsyn av videoopptak gjort i løpet av uken frem mot neste terapeutiske møte. Fokus var å legge merke til nyanser ved hva som skjedde, og slik få tydeliggjort fornemmelser jeg hadde i terapitimen. Det ble også sett på hva som fungerte og ikke fungerte ved min væremåte og reaksjoner. Og jeg så hvilken affektiv resonans som ble vekket i meg av det som foregikk i timen. Prosessnotater ble skrevet, både av hva jeg umiddelbart etter timen tenkte var viktig og hva jeg la merke til i videoanalysen. Jeg merket meg viktige hendelser, som jeg kunne se flere ganger for å få tak i hva barnet formidlet. Hva jeg hadde kjent på i timen ble analysert opp mot hva jeg la merke til og ble opptatt av da jeg så opptaket i etterkant. Vurdering av egen væremåte og samspillet med barnet ble brukt til å finne nye innfallsvinkler til å komme i kontakt med barnet og gav tanker om veien videre. Ofte gav disse analysene mer undring enn svar, og disse undringene ble delt i veiledning. Dette første trinnet var en del av min læring i praksistiden, og danner et grunnlag for den formelle undersøkelsen.

### **Trinn 2: Gjennomsyn av alle opptak etter terapiens avslutning**

I denne fasen av analysen var det hovedfokus på barnets utvikling gjennom terapien og det ble søkt en dypere forståelse av hva barnet hadde formidlet gjennom leken. Det ble fokusert



på mønstre og utviklingslinjer i barnets formidling i leken. Min opplevelse underveis vs. etter terapien ble sammenlignet. Fokuset mitt var å samle en helhetlig forståelse av terapiprosess og endring som hadde funnet sted. På dette stadiet fikk jeg også informasjon om utfall av utredning og diagnoser som hadde blitt satt. Jeg fikk samtidig en tilbakemelding om hvordan barnet hadde det på skolen nå, noe som utvidet og styrket min forståelse av det jeg så gjennom videoanalysen.

### **Trinn 3: Elaborering av forståelse**

Det som tredde frem i denne fasen var betydningen av denne barneterapien for min terapeututvikling. Dette ble valgt som videre hovedfokus i analysen. Viktige hendelser fra timer jeg opplevde som særlig viktige for utviklingen i terapien ble sett på igjen med dette fokus for undersøkelsen. Spørsmålet som ble stilt var: «Hva gjorde dette med meg som terapeut?»

### **Trinn 4: Utvelgelse av viktige hendelser**

Klipp som ble valgt ut er klipp jeg mener viser hendelser som fremsto som viktige for utviklingen i terapien, og som viktige for min terapeututvikling. Disse hendelsene ble opplevd som endrende både i øyeblikket og sett i lys av hele terapiprosessen, da noe i samhandlingen førte til en endring hos den ene samspillspartneren eller begge to. Dette er hva Sameroff (2009) kaller transaksjon til forskjell fra interaksjon hvor partene i samspillet handler som forventet. Hendelser av transaksjon endrer partenes væremåte og samværsformen de inngår i. Disse hendelsene kan også omtales som vendepunkt i terapien, hendelser hvor noe kvalitativt nytt i samspillet blir identifisert av terapeuten (Carlberg, 1997). For å vise utviklingen som skjedde, har jeg også tatt med noen hendelser som viser hva som gikk forut for vendepunktene og hva vendepunktene i samspillet ledet til.

### **Trinn 5: Tematisk analyse**

I en aktiv utforskning av materialet, tredde ulike temaer for terapeututvikling frem (Finlay & Madill, 2009). Disse temaene ses som relevante for terapeututvikling innen et intersubjektivt perspektiv for barneterapi. Temavalg ut ifra et teoretisk perspektiv sikrer en større fortolkningskraft og relevans utover ren beskrivelse av en prosess (Braun & Clarke, 2006).

## **3 Kasusbeskrivelse - Oscar**

### **3.1 Bakgrunn for barneterapi**

Oscar fyller 9 år i løpet av barneterapien. Familien hans er innflyttere til østlandsområdet fra en by i Nord Norge. Derfor snakker Oscar en blanding av østlandsk og nordnorsk. Han har to ressurssterke foreldre med gode fulltidsjobber. De er en travel familie. I tillegg til Oscar har de tre barn til, en yngre bror og to eldre søstre. Barna er tette i alder, noe som skaper en del naturlig stress med barn som skal følges opp med lekser og fritidsaktiviteter. Oscar ble henvist til BUP for tristhet/engstelighet sekundært til somatisk sykdom. Oppdraget til BUP i denne omgang var todelt. Foreldrene var bekymret for guttens selvbilde og hans forhold til seg selv og andre. Og det var et spørsmål om eventuell utredning av oppmerksomhets- og konsentrasjonsvansker. Foreldrene har parallelt tatt kontakt med habiliteringstjenesten. Gutten hadde på dette tidspunktet begynt å merke at han var noe annerledes enn de andre barna, at han ikke mestret det samme som de andre. Han hadde etter en negativ mestringsopplevelse spurt mor: «Er jeg et menneske?»

### **3.2 Kasusformulering**

På bakgrunn av grunnutredning med gjennomgang av utviklingshistorie og møter med barnet på lekerom (Hansen, 2011) ble det laget en kasusformulering. Winters biopsykososiale modell (2007) for kasusformulering vil her anvendes da den integrerer både biologiske, psykologiske og sosiale perspektiv på barnets vansker og det slik tas høyde for kompleksiteten av faktorer som ligger til grunn for problemutvikling. Faktorene som påvirker utviklingen av psykologiske vansker kan grupperes i predisponerende faktorer, beskyttelsesfaktorer og opprettholdende faktorer og omhandle både individ og psykososialt miljø (Carr, 2006). Predisponerende faktorer er biologiske og psykologiske faktorer ved individ og miljøfaktorer som kan sette et individ i større risiko for å utvikle vansker. Beskyttelsesfaktorer er i motsatt fall det som kan være avgjørende for at vansker ikke utvikles og kan motvirke effekten av risikofaktorer. Opprettholdende faktorer er trekk ved individ eller psykososialt miljø som kan anses å vedlikeholde problemet. Ved å identifisere bakenforliggende faktorer for problemutvikling kan man utarbeide spesifikke, individuelle behandlingsopplegg rettet mot disse (Winters, Hanson, & Stoyanova, 2007).

I prinsipperklæringen om evidensbasert praksis trekkes kasusformuleringer frem som en del av psykologens kliniske ekspertise som skal bidra til å fremme positive terapeutiske resultater (Psykologforening, 2007). Det særegne ved hver pasient skal vektlegges i behandlingsplanlegging, og både patologi og ressurser kartlegges (Levant, 2005). Dette ivaretas ved bruk av kasusformulering.

Kasusformulering tenkes å gi en bedre forståelse av et barns vansker enn det en diagnosekategori kan gi. To barn kan oppfylle kriterier for samme diagnose, men ha svært forskjellig symptomutvikling og være ulike med tanke på ressurser, sårbarheter, psykososiale belastninger og symptomets funksjon (Smerud, 2012). Kasusformulering er et alternativ eller supplement til bruk av dagens diagnosesystemer (Rutter & Taylor, 2008; Rønnestad, 2008). ICD-10 og DSM – IV springer ut fra en medisinsk symptomklassifisering og dersom man kun baserer seg på disse symptomdiagnosene i valg av behandlingsstrategi, kan man overse faktorer som påvirker symptomene (Smerud, 2012). Kasusformulering har også den fordel at man kan iverksette behandling før man har landet på symptomdiagnose, noe dette kasuset vil vise. I et intersubjektivt perspektiv vil det i tillegg være relevant å stille spørsmål om: «Hvilke relasjonelle erfaringer er barnet i behov av for å kunne utvikle seg?» (Binder og Holgersen 2008, min formulering). Dette vil belyses for Oscars situasjon etter at det utviklingsrettede intersubjektive perspektivet er nærmere beskrevet i teoridel. I det følgende tas det utgangspunkt i den biopsykososiale modellen (Winters et al., 2007). I arbeid med barn må man også ta i betraktning at forhold ved barnets vansker kan endre seg på grunn av naturlig utvikling og endring i møte med sine omgivelser (Sameroff, 2009; Tetzchner, 2001).

### **3.2.1 Oscar**

I Oscars tilfelle var det flere mulige *biologiske sårbarhetsfaktorer* som kunne predisponere for hans problematikk. Ved fødsel hadde han et stort hematoma på ene siden av hodet og han ble omtalt som et «ørebarn». Oscar hadde hatt gjentakende ørebetennelser, noe som førte til dårlig hørsel en periode de første to leveårene. Dette kan ha medvirket til en sen språkutvikling. Han har fremdeles vansker med å snakke flytende. Den motoriske utviklingen var også forsinket, og han er fortsatt ikke motorisk sterk. Den forsinkede utviklingen kan gi opplevelse av annerledeshet og dårlig mestring. Lav selvfølelse og mangelfulle mestringsopplevelser kan være en *psykologisk faktor* som medvirker til tristheten og engsteligheten man ser hos gutten. Dette kan predisponere han for ytterligere vansker enn det

man ser på dette tidspunktet. Oppmerksomhets- og konsentrasjonsvanskene ser ut til å gi gutten vansker med skolearbeidet. Disse vanskene har uklar årsak, men fører til at det er vanskelig å følge det faglige nivået i klassen. Dette kan også fungere som en opprettholdende faktor da det kan medvirke til lav selvfølelse og mestring. Gutten viser tydelig frustrasjon når noe oppleves som for vanskelig. Han har dunket hodet i veggen og vist tegn til å ville spy av oppgaver han ikke liker.

*Av opprettholdende faktorer* for øvrig kunne stress i familien føre til at guttens behov ble satt til side og dermed opprettholdt eller medvirket til forverring av guttens vansker. En travel hverdag kan nok være en utfordring for foreldrene i forhold til å ivareta guttens særskilte behov. Men foreldrene synes å prioritere barna høyt og gjør det de kan for å følge opp Oscar. De vurderer blant annet at en av dem skal jobbe redusert for å få mer tid til oppfølging.

*Beskyttelsesfaktorer* kan bli brukt til å vurdere prognose for behandling (Carr, 2006, s. 71). Oscar har flere venner, og er godt likt blant jevnaldrende. Han har god støtte hos foreldrene, som han synes å ha en trygg tilknytning til (Ainsworth, 1979; Wennerberg, 2011). Foreldrene tar vanskene på alvor og søker å legge til rette og gjøre endringer som kan hjelpe gutten. Begge foreldre er involverte og engasjerte i forhold til gutten. De ønsker å gjøre det de kan for å hjelpe han. Familien har høy sosioøkonomisk status. Og det dannes raskt en god arbeidsallianse mellom familie og behandlere. Det er slik flere faktorer som tilsier en god prognose (Carr, 2006).

Viktige *utviklingsoppgaver* for en gutt på ni år er knyttet både til emosjonell og sosial kompetanse. I alderen sju til ti år begynner barn å foretrekke autonom følelsesregulering fremfor å benytte omsorgspersoner til dette (Carr, 2006, s. 23). Dette kan bli en utfordring dersom barnet opplever emosjonelt overveldende situasjoner som det ikke har kontroll over. Ønsket om autonomi kan gi barnet et dilemma i mestringsstrategi for situasjonen. Av motoriske utviklingsoppgaver er det vanlig at en ni-åring kan løpe, hoppe og gjøre finmotoriske oppgaver som å forme skrift (Tetzchner, 2001). Dette strever Oscar med. Han strever også med å formidle seg flytende verbalt, noe som i en typisk utvikling (Tetzchner, 2001) forventes at de fleste barn kan fra fem-seks-årsalderen (Siegler, DeLoache, & Eisenberg, 2011). Alle de nevnte utviklingsoppgaver er viktige for en god tilpasning på skole og blant venner.

## **Hypoteser om skjevutvikling**

Det synes som at Oscar er en gutt som opplever at kravene på skolen blir for store i forhold til hans kognitive kapasitet (Tetzchner, Hesselberg, & Schiørbeck, 2008). Dette samt sen utvikling av språk og motorikk kan gi han mangelfulle mestringsopplevelser og følelse av mindreverdi i forhold til jevnaldrende. De språklige vanskene til Oscar kan gi utfordringer i det å verbalisere sine opplevelser av tilkortkommenhet og annerledeshet, noe som kan føre til brudd i selvrelatering (Stern, 2003). Årsak til oppmerksomhets- og konsentrasjonsvansker er uklart og må utredes videre for å velge behandling rettet mot disse. Det er allerede avklart at det ikke er genetiske årsaker til vanskene. Nevropsykologisk utredning vil ha som siktemål å sirkle inn vanskene og slik også kunne finne hans sterke sider. Slik kan man bedre tilrettelegge for gode opplevelser av mestring. Gutten ble ikke vurdert som deprimert da han kom til behandling. Men den lave selvfølelsen man synes å se kunne videreutviklet seg til angst/depresjonsproblematikk eller atferdsvansker dersom man ikke begynner å jobbe med dette på et tidlig tidspunkt. Det er fortsatt uklart hvilken symptomdiagnose man vil velge for å beskrive Oscars problematikk da det er flere områder man vil kartlegge og utrede ytterligere. Man kan allikevel starte behandling rettet mot styrking av selvfølelsen til Oscar da dette kan arbeides med uavhengig av diagnosesetting (Jacobsen & Svendsen, 2010; Svendsen et al., 2012). God selvfølelse og mestringstro kan bli en beskyttelsesfaktor i videre utvikling (Carr, 2006). Det vurderes som at Oscar kan ha god nytte av en utviklingsrettet intersubjektiv barneterapi hvor han kan få relasjonelle erfaringer som styrker selvfornekkelse og selvaktelse.

### **3.2.2 Behandlingsplan**

Nevropsykologisk testing ble gjort av nevropsykologen på BUP. Oscar ble også henvist til undersøkelse hos barnelege og epilepsiutredning. Min oppgave som barneterapeut ble å ivareta guttens emosjonelle behov. Tidsavgrenset barneterapi blir valgt som rammen for terapien da gutten har god evne til å relatere til andre og det er et godt samarbeid med foreldre (Hansen, 2012). Barneterapiens oppdrag ble å fremme selvutvikling (Stern, 2003) og mestringstro. Etter tre innledende møter med barnet sammen med barneterapeuten, ble det avtalt et behandlingsforløp på ni ganger. Dette ble senere forlenget for at Oscar skulle få mulighet til å bearbeide tilbakemeldingen fra nevropsykologisk testing sammen med barneterapeuten. Det ble derfor tolv timer med kalender, i alt femten møter på lekerom.

For å hjelpe et barn som kommer i terapi, er et godt samarbeid med omsorgspersoner og veiledning av disse viktig (Cleve, 2005; Nevas, 2001; Rutter, 2008; Svendsen et al., 2012; Wachtel, 1994). Foreldreveiledning var derfor også en del av tilbudet på BUP. Det var mye å følge opp for foreldrene med møter og følging til terapi og utredning. De hadde derfor en fleksibel avtale med psykologspesialisten som hadde ansvar for veiledningen om at de kunne ringe ved behov. Denne fleksibiliteten var viktig i møte med en travel familie og prinsipperklæringens fokus på å tilrettelegge behandlingstilbud til kultur og kontekst ivaretas (Levant, 2005). Saksansvarlig psykologspesialist og nevropsykologen som testet Oscar gav veiledning til foreldre og samarbeidet i tillegg til barneterapeuten med skole og PPT om tilrettelegging av undervisning. Barneterapeutens rolle var her å drive oversettelsesarbeid fra møtene med barnet på lekerom til en forståelse av barnets formidling som ga mening og var hjelpsom for foreldrene (Johns & Svendsen, 2012).

# 4 Teoretisk rammeverk

## 4.1 Et utviklingsrettet intersubjektivt perspektiv

### 4.1.1 Fra objektrelasjoner til subjektrelasjoner

Filosofen Habermas (1978) adresserer problemet med å definere en annen som et objekt. Inspirert av dette har psykoanalytiske teoretikere utviklet idéen om intersubjektivitet (Benjamin, 1990). Intersubjektivitet ble formulert som kontrast til subjekt-objekt-tenkningen som dominerte vestlig filosofi og vitenskap. I en subjekt-objekt tenkning er det et subjekt som er aktør som observerer eller relaterer til et objekt. Intersubjektivitet fokuserer på den delen av erfaring hvor den andre ikke er et objekt for egos behov/drift men har et separat og ekvivalent selv. Benjamin (1990) peker på at det er et behov for gjensidig bekreftelse som subjekt som ligger til grunn for intersubjektivitet og som er avgjørende for selvutvikling. Vi har et behov for bekreftelse og vi har kapasitet til å gjengjelde bekreftelsen av den andre. Det er i denne gjensidige bekreftelsen av subjektivitet at selvet og selvregulering utvikles. Det handler både om å dele en indre tilstand og anerkjennelse av den andres individuelle sinn. Benjamin (1990) postulerer "where objects were, subjects must be" (s. 34). Dette innebærer en dreining fra primært intrapsykisk fokus til det som skjer intersubjektivt mellom to subjekter. Intersubjektivitet kan defineres som et område av overlapping mellom to menneskers subjektivitet, samspillet mellom to forskjellige subjektive opplevelsverdener (Atwood & Stolorow, 1984).

### 4.1.2 Jeg og du

En subjekt-subjekt-tenkning åpner for en mer likeverdig relatering. Det er i det umiddelbare møtet mellom to subjekter at jeget blir til (Buber, 1992). Samværet mellom jeg og du er umiddelbart, her og nå. Å møte den andre som "du" innebærer et totalt nærvær, man møter den andre med hele seg. "Du" kan bare sies med hele vårt vesen og forutsetter når det sies eksistensen av et jeg. Dette kontrasterer Buber med Jeg-Det relatering. I det jeget ser på den andre som "det", er den andre blitt gjort til et objekt som beskrives utenfra til forskjell fra det umiddelbare og nærværende møtet mellom to sinn. Middel og hensikt med møtet er i følge Buber en hindring for at møtene mellom jeg og du skal finne sted. Når man begynner å

beskrive og reflektere rundt møter mellom de to subjekter, jeg og du, går noe tapt. Man er ikke lengre i det intersubjektive feltet, men forsøker å beskrive det som foregikk for å gi andre et innblikk i møtene. Dette viser noe av dilemmaet med menneskelig subjektivitet, og beskrivelsen av denne (Kennedy, 1997). Det er dette dilemmaet jeg som terapeut og forfatter av denne oppgaven står i når jeg nå skal forsøke å beskrive og reflektere rundt de intersubjektive møtene som fant sted mellom barn og terapeut.

### **4.1.3 Intersubjektive møter**

Terapi forstås i dette perspektivet som det som foregår fra øyeblikk til øyeblikk i de samskapte møtene mellom to subjekter (Safran & Muran, 2000; Stern, 2007). Man er opptatt av mikroprosesser i øyeblikk fremfor innhold (Trevvarthen, 2001). Stern (2007) kategoriserer de ulike øyeblikkene ut fra opplevd kvalitet. Nå-øyeblikk (present moments) er de minste enhetene som har en betydning eller en mening i en relasjon (Stern, 2007, s. 239). Kritiske nå-øyeblikk (now moments) er et affektivt ladet øyeblikk som oppstår plutselig i samspillet (Stern, 2007, s. 238). Øyeblikket trenger en handling/løsning som svar på usikkerheten i øyeblikket. Dette muliggjør en subjektiv opplevelse av et mulighetens øyeblikk som kan bli overgang til noe nytt. Det er et kairos-øyeblikk til forskjell fra kronos-tid som representer rekkefølgen i tid. Svaret på det kritiske øyeblikket kan bli et møte-øyeblikk (moment of meeting) hvor partenes sinn møtes. De deler et mentalt landskap og er oppmerksom på hva den andre opplever i et kort øyeblikk (Stern, 2007, s. 238). I et slikt samvær vil det foregå både en affektiv og narrativ dialog i utvekslingen av følelsesuttrykk og ord. Utviklingsrettet intersubjektiv barneterapi (Johns & Svendsen, 2012) retter fokus på utvikling i det intersubjektive rommet som oppstår i samspill. Målet for terapi er å hjelpe barnet tilbake på et funksjonelt utviklingsspor gjennom å gjenvinne vitalitet og rettethet i samspill (Hansen, 2011; Jacobsen & Svendsen, 2010; Svendsen et al., 2012). Terapiformen er først og fremst en måte å være sammen på i terapisisuasjonen og lar seg kombinere med ulike terapeutiske teknikker (Johns & Svendsen, 2012). Utvikling kan skje i en atmosfære av forpliktelse, tillit og emosjonell tilgjengelighet (Emde, 2006). Terapeuten søker å ha en empatisk holdning som reaktiverer utviklingsprinsipper funnet i spedbarnsforskning (Hansen, 2012). I det videre vil noen slike utviklingsprinsipper beskrives hentet fra Tronicks (1989) modell for gjensidig regulering og hypotese om dyadisk utvidelse av bevissthet (1998), samt Sterns (1985, 2003) modell for selvutvikling.



#### **4.1.4 En selvregulerende annen**

I møte med barnet er terapeutens oppgave å være en selvregulerende annen (Tronick, 1989). Barn og terapeut inngår i et affektivt kommunikasjonssystem hvor det finner sted en gjensidig regulering av deres interaksjoner. Det er av betydning at barnets emosjonelle uttrykk får et innntonet og regulerende gjensvar. Dette samspillet kan ligne den affektive dialogen et spedbarn og dets omsorgsperson inngår i. Det vil i et slikt samspill oppstå interaktive brudd hvor den andre ikke er innntonet og forstår hva barnet uttrykker. Eller barnet kan vise en selvregulerende atferd ved å se bort eller skifte tema i terapien. Når barn og voksen så igjen møter hverandre i det affektive samspillet og omsorgsperson igjen forstår og regulerer hva barnet uttrykker, vil det skje en interaktiv reparasjon. Barnet lærer gjennom disse brudd og reparasjoner at det kan oppstå situasjoner hvor det ikke blir forstått, men at dette kan repareres. Det er viktig for barnet at disse bruddene blir oppfattet og reagert på. Når barnet opplever at det kan påvirke og at dets følelsesuttrykk blir reagert på, utvikles opplevelsen av agens eller selvhandling (Johns & Svendsen, 2012).

Den gjensidige reguleringen og affektive kommunikasjonen som skjer mellom de to subjektene kan på mikronivå lede til intersubjektive tilstander av delt og utvidet bevissthetstilstand (Tronick, 1998). Spedbarnet utvikler sin evne til å organisere erfaringer ved å være i en dyadisk tilstand med omsorgsgiver. Denne fungerer som en ytre kilde til spedbarnets prosessering av erfaringer slik at barnet gradvis kan øke kompleksiteten av sin egen organisering av erfaringer. Denne organiseringen eller bevissthetstilstanden blir slik utvidet gjennom interaksjon med en selvregulerende annen. Utvidelsen av bevissthetstilstand kan lignes med intersubjektivitet der sinnene møtes og det deles tanker, følelser og opplevelser. Dette kan gi nye utvidende emosjonelle erfaringer. Øyeblikk av delt bevissthet vil oppleves som noe nytt i interaksjonen som vil bli inkorporert i nye interaksjoner mellom de to subjektene. I terapi vil terapeuten bidra med sitt sinn (tanker, følelser, erfaring) som en utvidelse av pasientens organisering av erfaring. Siden slike øyeblikk oppnås gjennom en prosess av gjensidig regulering, vil disse øyeblikkene også ha effekt på terapeuten. En slik pasient-terapeut-dyadisk tilstand av bevissthet vil reorganisere pasientens bevissthet om andre relasjoner (Tronick, 1998). Med dette perspektivet kan man tenke seg at også terapeuten får en utvidelse av sin organisering av relasjonelle erfaringer. Og at terapeut og pasient inngår i en affektivt regulerende og utvidende dialog for begge parter (Tronick, 1998). Øyeblikk av

delt bevissthet, som endret meg som terapeut, vil inngå i de viktige hendelser som beskrives i undersøkelsen.

#### **4.1.5 Sterns selvutviklingsmodell**

Daniel Stern sin interpersonlige modell for selvutvikling (1985, 2003) omhandler utviklingen av selvopplevelse eller selvforneemmelse (sense of self) basert på hvordan denne tenkes å foregå i de tre til fire første år av barnets liv. Perspektiver fra spedbarnsforskning og utviklingsperspektivet i psykodynamiske teorier integreres til et fokus på barnets subjektive opplevelse av seg selv og andre slik man hypotetisk sett kan tenke seg at det opplever seg selv og sin verden (Blomén, 2012; Hansen, 2012). Selvet operasjonaliseres her som den totale organiseringen av selv-annen-erfaringer. Det skjer en progressiv akkumulasjon av fornemmelser av selvet som blir til domener for erfaringer med andre. Grunnlaget for selvopplevelse og relasjonsopplevelse legges i livets første år, men utviklingen fortsetter gjennom hele livet. Både barn og voksne vil få subjektive fornemmelser om seg selv i relasjon, fornemmelser om hvordan det kjennes å være sammen med en annen. Dette blir til arbeidsmodeller, indre representasjoner, for måter å være i verden. De fem ulike domenene for selvforneemmelse kan ses som nøkkelområder i forståelsen av psykiske vansker. I stedet for å se på opprinnelsepunkt kan man se på hvilket område av selvet som fungerer dysfunksjonelt, hvor selvrelateringen har brutt sammen. Ved å søke forståelse av de relasjonserfaringer og samspillmønstre som barnet er en del av, kan man beskrive barnets særtrekk og vansker på en rikere måte enn et diagnosesystem. Slik vil barnet kunne fremtre som et tydeligere subjekt. De ulike domener utvikles av og muliggjør forskjellige relasjonsformer, måter å være sammen med andre på. Det er disse relasjonsformer som anvendes som terapeutiske teknikker i en utviklingsrettet intersubjektiv barneterapi. I relasjonen til terapeuten kan barnet få utvidende erfaringer av selvrelatering. Nye relasjonserfaringer kan gi opphav til nye måter å organisere erfaringer på og nye arbeidsmodeller for måter å være sammen med andre på.

Relatering i *det gryende selvområdet* skjer gjennom sansning av vitalitetsfølelser. Disse er aktivitetskonturer som kommer fra forandringer i motivasjon, lyst og spenning og går på tvers av kategoriaffekter (sinne, glede, tristhet, etc.). Vitalitetsfølelsene kan beskrives med dynamiske termer som beskriver bevegelse, som å bruse opp, tone bort, flytende, bleknende, eksplosiv, decrescendo og crescendo. De er som bølger av affekt som kan vekkes inni oss

eller gjennom andre personers atferd. De kan ha forskjellig innhold men ha lignende nevroaktivitet (Johns & Svendsen, 2012). Vitalitetsaffektene vil bli organisert sammen med ulike sensoriske opplevelser. I samspill med en annen kan barnet fornemme den andres vitalitetsaffekt og påvirkes av denne. Relatering på det gryende selvområdet handler om gjensidig regulering gjennom sansning av egen og andres vitalitetsaffekter.

I relatering i *kjerneselvet* organiseres samspillserfaringene ut ifra hvem som initierer handlinger. Slik opplever barnet sin aktørstatus for første gang ved at det merker at det kan ha effekt på sine omgivelser. Dette fører til økende grad av differensiering av selv og annen. Samspillserfaringene som gjentar seg vil bli grunnlag for dannelsen av indre representasjoner eller hukommelsesstrukturer om samspill, arbeidsmodeller for hvordan det er å være sammen med en annen. Sentralt i disse representasjonene er erfaringene av følelsesregulering i interaksjon med en selvregulerende annen. Kjerneselvrelatering gir barnet en forståelse av at det har handlingsalternativer, og at det selv og andre er et koherent hele som vedvarer over tid. Sentralt i kjerneselvrelatering er også opplevelsen av følelsesregulering i relasjon til en annen. I et oppmerksomt nærvær av en sensitiv inntonet voksen vil barnet kunne vise et større repertoar av positive følelsesuttrykk og økt stabilitet da det får hjelp med reguleringen.

Det *subjektive/intersubjektive* selvet muliggjør samspill med utgangspunkt i indre følelser eller subjektive tilstander. Det deles et ytre fokus og felles oppmerksomhet med en annen i en felles utforsking av verden. Kommunikasjonen mellom subjektive tilstander og opplevelsesverdener skjer gjennom en ikke-språklig affektinntoning. Dette innebærer en ikke-verbal formidling av "at jeg er med deg i det du opplever akkurat nå" (Hansen, 2012, s. 99). Inntoningen skjer kryssmodalt og kan innebære at barnets begeistring blir inntonet gjennom en bevegelse eller stemmebruk som fanger opp intensiteten, rytmen, varigheten og formen i barnets uttrykk. Dersom den andre blir mer intens i uttrykk/vitalitetsform, overinntoning, vil barnets følelsesformidling komme i skyggen. Den andre tar fokus bort fra barnet og til seg selv. Underinntoning innebærer en manglende inntonning og barnet vil ikke få en erfaring av delt opplevelse. Gjennom selektiv inntonning, det at noen følelsesuttrykk ikke blir inntonet på, vil barnet få en erfaring av hvilke følelser som kan deles med andre. I terapi vil emosjonelle hinder hos terapeuten som hemmer affektinntoning til barnets uttrykk kunne føre til selektiv inntonning. De uttrykk som ikke inntonnes på vil forbli ensomme indre opplevelser. Intersubjektiv relatering i form av affektinntoning gir erfaringer av at indre tilstander kan deles.

Språk gir mulighet til relatering og representasjon av opplevelser i *det verbale selvdomenet*. Dette er en form for symbolsk selv-annen-relatering i det at språket blir symboler for indre tilstander. Barnet erverver en ny selvopplevelse ved at det etter hvert kan plassere seg selv i kategorien ”jeg” og kommunisere om seg selv til andre. I dette relasjonsdomenet utvikler barnet også evnen til å bruke symboler gjennom lek. Leken kan symbolisere den indre verden av forestillinger og fantasier. Den språklige selvrelateringen kan også føre til en fremmedgjøring og fjerne en fra den umiddelbare uttrykksmåten som vitalitetsaffektene representerer. Språket kan bli et redskap for å forvrengte og manipulere opplevelser ved at man velger ord som ikke speiler det opplevde. Og man kan utvikle et falskt selv i det at man ikke språklig representerer det faktiske indre liv, men velger ord som kan bli inntonet på (jfr. selektiv inntoning ovenfor). Dette kan føre til en opplevd avstand mellom subjektiv opplevelse og representasjoner av selv-annen-relatering noe som kan gi en opplevelse av motsigelse og mangel på sammenheng i selvet.

Å lage historier tenkes å være rammen for å organisere og integrere erfaringer fra de ulike selvopplevelsesområdene og relasjonsformen i *det narrative selvområde*. I relasjon konstruerer man sammen en felles mening og interpersonlig virkelighet. Dersom overveldende hendelser har ført til vanskeligheter med å integrere opplevelser i en narrativ om seg selv, vil et samspill med en annen som lytter, poengterer og stiller spørsmål bidra til en løsning og avslutning på fortellingen. Et sammenhengende narrativ om selvet i relasjon til andre vil slik skapes i en identitetsskapende prosess som besvarer: «Hvem er jeg i en verden med andre?» (Hansen, 2012, s. 101).

*Hypoteser om selv-annen-relatering:* Oscars situasjon kan virke følelsesmessig overveldende og skape usikkerhet omkring hva og hvordan han kan dele sine opplevelser. Fornemmelse og regulering av vitalitetsaffekter sammen med en sensitivt tilstedeværende terapeut kan bidra til utvikling i de non-verbale selvområder. Verbal selvrelatering kan tenkes å være utfordrende for Oscar med tanke på hans språkvansker. Disse kan begrense muligheten språket gir til å dele opplevelser og skape en gjensidig verden av mening. Det kan slik bli et brudd i selv-annen-relatering i det verbale domene. Gjennom terapeutisk lek hvor Oscar får uttrykke seg på en måte han mestrer, kan han i samspill med en støttende (scaffolding) terapeut utvikle større grad av verbal relatering. Et terapeutisk samvær med en interessert lyttende terapeut kan også bidra til sammenheng i hans historie om seg selv. Dette kan muliggjøre økt grad av selv-annen-relatering i det narrative domenet også i andre relasjoner.

#### **4.1.6 Tidsavgrenset terapi med barn**

Tidsavgrenset barneterapi er en god ramme for intersubjektive utviklingsprosesser og kjennetegnes ved tidsavgrensning, behandlingsfokus, og parallelt foreldrearbeid (Hansen, 2012; Haugvik, 2012; Johns & Svendsen, 2012). Det vanlige er 12 terapitimer etter grunnutredning (Hansen, 2011). Tidsavgrensningen gir forutsigbarhet, en tydelig ramme for terapiprosessen og skal påvirke barnets deltagelse. Målet er at barnet skal oppleve at det ”eier tiden” og slik få en opplevelse av agens (Johns, 2008). Det brukes en kalender for å visualisere og konkretisere terapitiden. Tidsrammen kan også uttrykke håp om endring og gi motivasjon til å følge opp terapitilbudet. I terapien med Oscar passet også tidsavgrensningen godt med rammene man hadde til rådighet i og med at terapien skjedde i terapeutens hovedpraksis

De første møtene med barnet brukes til å skape en hjelpende relasjon og bygge allianse. Behandlingsfokus formuleres ut fra en forståelse av barnets vansker slik barnet selv uttrykker disse implisitt eller eksplisitt i de første møtene (Hansen, 1996, 2011). Terapeuten søker å integrere forståelsen av barnet fra lekerommet og informasjon fra henvisningen og bekymringene som omsorgspersoner har uttrykt (Haugvik & Johns, 2008). Behandlingsfokus skal være utviklingsrettet ved at det formulerte fokus rommer barnets utviklingshistorie og peker fremover til utviklingsmuligheter. Det er viktig at barnet ut ifra sin selvopplevelse kan gjenkjenne fokuset og at det vekker nysgjerrighet (Johns & Svendsen, 2012, s. 67). Man formulerer ofte fokuset metaforisk ved å bruke den nøkkeltafor eller nøkkeltaforhistorie som har blitt gjentatt i leken (Hansen, 2012, s. 203). Barnet blir presentert for fokus som noe vi skal arbeide med sammen. Slik vektlegger man samarbeidet mellom barn og terapeut, noe som er alliansebyggende og dermed har positiv effekt på behandlingsresultat (Hansen, 2012, s. 204; Shirk & Karver, 2011). Alliansen legger til rette for arbeidsfasen, midtfasen i terapien hvor det jobbes med å utvikle relasjonsformer. I avslutningen av terapien kan barn og terapeut ha hverandre i tankene, sinn i sinn, som en bro ut i livet etter terapien. En avslutningsgave kan symbolisere prosessen og at man vil fortsette å ha den andre i tankene også etter avslutningen (Hansen, 2012). I denne oppgaven vil analysen deles opp og beskrives med henblikk på de tre fasene i terapien.

## 4.2 Lek i terapi med barn

### 4.2.1 Det lekende barnet

*”I lek er det som om barnet blir et hode høyere enn seg selv”* (Vygotsky, 1978, s.102).

Barnet er lekende og uttrykker nye inntrykk og opplevelser gjennom lek (Axline, 1947). Leken er slik et uttrykk for barnets verden slik barnet opplever den. Yngre barn vil oppleve sine indre tilstander som ekvivalent til den ytre virkelighet (Fonagy & Target, 1996). Andre ganger er barnet i lekens som-om-modus hvor det kan prøve ut tanker og forestillinger og slik leke med virkeligheten uten at korrespondansen til ytre virkelighet blir utforsket (ibid.), men barnet er bevisst at ”nå later vi som om det var sann”. Gjennom lek utvikler barnet evnen til å tenke om egen og andres indre tilstander, og kan vise en evne til mentalisering som det ikke har kognitiv kapasitet til å gjøre utenfor lekemodus. Fonagy m.fl. (1996, 1996, 2004) vil forklare dette med at barnet lettere kan forholde seg til tanker og følelser når det ikke er knyttet til ytre virkelighet, og derfor kan gjøre mer avansert tenkning i et som-om-modus. Leken skaper en proksimal utviklingssone hvor barnet ved hjelp av en voksen kan utvikle sine emosjonelle og kognitive ferdigheter (Vygotsky, 1978). Dette gjør barnet i stand til å representere også negative følelser uten at det blir for overveldende. Ved å møte barnet i dets opplevelsesverden via barnets eget språk, får man en unik mulighet til å forstå barnet ut ifra barnets perspektiv. Slik gir man også barnet ekspertise i møtet (Hansen, 2012). Det symbolske selvområde (Stern, 2003) åpner opp for å bruke symboler til å representere noe annet. Lek er slik en analog formidlingsform hvor man kan utvikle narrativ som selvfortellinger i et som-om-modus (Hansen, 2012). Dette gir en terapeutisk mulighet til å nærme seg ubehagelige og vanskelige følelser og opplevelser som vil oppleves mindre truende for et barn om man nærmer seg gjennom lek. I terapi vil terapeuten fungere som et støttende stillas i barnets utforsking av egne opplevelser gjennom terapeutisk lek (Hansen, 2012; Johns & Svendsen, 2012). Terapeuten vil gjennom speiling og affektiv inntoning bevege seg i barnets nære utviklingssone for intersubjektiv relatering. Slik kan barnet utvide sin kapasitet til intersubjektivitet.

Winnicott (1971) omtaler lek som det potensielle rommet mellom fantasi og virkelighet (indre vs. ytre verden). Her kan fantasifulle forestillinger og virkelige opplevelser møtes og lekes med. For barn som kommer til terapi blir lekerommet en mulighet til kommunikasjon,

bearbeidelse og utvikling av selv i relasjon til andre. Møter på lekerom gir barnet en uvanlig og unik kommunikasjonsmulighet (Hansen, 2012). At en voksen har fullt fokus på barnet i en hel klokke av gangen hører til sjeldenheten i en travel hverdag. Barnet forstår at det har muligheten til å vise fram noe som er viktig og betydningsfullt og griper slik lekerommets muligheter. Winnicott betoner at samspill og psykoterapi er som lek hvor partenes lekeområder overlappes. Dette kan sammenlignes med møtene mellom sinn der den indre verden av tanker, forestillinger og følelser deles og blir bekreftet av den andre (Johns & Svendsen, 2012). Slik kan overlapp i lekeområder lignes med det intersubjektive feltet.

#### **4.2.2 Den lekende terapeuten**

*“Psychotherapy has to do with two people playing together” (Winnicott, 1971, s. 51).*

Psykoterapi skjer i følge Winnicott i overlappingen mellom terapeuten og pasientens lekeområder. Han uttrykker at dersom terapeuten ikke kan leke må hun finne seg en annen jobb. Dersom pasienten ikke kan leke, må han hjelpes til å utvikle evnen til å leke. Dette kan for terapeuten oppleves som en utfordring og en mulighet. Dersom man forstår overlapp i lekeområder som intersubjektivitet, kan man forstå Winnicotts omtale av en lekende terapeut som en terapeut som er emosjonelt tilgjengelig og som tilbyr pasienten et utvidet lekeområde jfr. dyadisk bevissthet (Tronick, 1998). For meg var Winnicotts teori befriende på den måten at jeg opplevde at hans forståelse legitimerte og oppmuntret meg til å slippe meg løs i leken med Oscar og komme med spontane uttrykk for min lek med idèer jeg fikk underveis. Det gis i dette perspektivet rom for terapeutens kreativitet og lekenhet gjennom lekne metaforer og ordspill og anvendelse av terapeutiske intervensjoner som kan gjøres i lekemodus (Linden, 2003). Leken blir «et handlende språk» (Linden, 2003, s. 250) hvor både deling av humor og positive opplevelser og arbeid med mer alvorlige ting kan skje (Hansen, 2012). En slik forståelse fordrer at terapeuten blir med i barnets lek, og tar i bruk leken selv. Terapeuten vil behøve å forholde seg lekende til fantasifull lek samtidig som hun gjør realitetsbaserte refleksjoner omkring leken (Holgersen, 1998) og kan velge sine intervensjoner basert på disse refleksjonene i tillegg til det spontane som skjer i øyeblikket. Slik kan kanskje terapeuten også «bli et hode høyere enn seg selv»? (Vygotsky, 1978)

# 5 Analyse av utviklingsprosesser

## 5.1 De første møtene

Oscar har allerede vært noen ganger på BUP før jeg møter han for første gang. Derfor har jeg kunnet se et opptak fra en annen time på lekerommet med en annen terapeut. Dette gjør at jeg vet noe om hva Oscar har vært opptatt av på lekerommet tidligere. Det kommer også frem at Oscar har gledet seg til å møte meg og vise meg ting. Med min for forståelse av terapi, er mitt fokus for første møte at jeg vil bli kjent med Oscar og forsøke å danne en god allianse med han (jfr. Blomèn, 2012). Jeg velger å møte barnet med åpenhet og gi barnet rom til å vise meg veien videre (Hartmann, 2008). Det ble bestemt at veileder ikke skulle sitte bak speil da jeg visste det kunne gjøre meg mer selvbevisst, nervøs og redd for å gjøre feil. Det ville virke forstyrrende i møtet med barnet. Jeg valgte også å vente med å lese alle journaldokumentene om tidligere og pågående utredning, da dette ble omtalt av veileder som mulig forstyrrende og overveldende. Det er i analysen valgt å legge vekt på den innledende fasen i terapien, da den fremsto som særlig viktig for terapeutens utvikling og arbeid med å danne et konseptuelt kart av barneterapeutrollen. Utprøvingen av væremåter og intervensjoner i denne fasen la grunnlaget for det videre terapeutiske arbeidet.

### 5.1.1 En hjelpende relasjon blir til

#### Første møte

Oscar leker i sandkassen og terapeuten har plassert seg på en stol rett ovenfor han, på motsatt side av sandkassen. I leken bruker Oscar indianere, cowboyer, soldater og dyr som sloss og han plasserer stoppskilt og gjerder for å markere hvor man kan gå. Terapeuten spør og viser interesse for det han holder på med og har felles oppmerksomhet med barnet. Etter en stund blir Oscar stille. Terapeuten spør flere ganger spørsmål om det han holder på med. Det går flere minutter uten at hun får svar. Det spørres blant annet om terapeuten skal være noen av figurene. Men han svarer ikke med ord. Så kommer det en lekesekvens om en reddhare som gjemmer seg. «Nå kan du komme frem», sier Oscar til figuren. «Hva skjedde nå?» spør terapeuten. «Var det ikke farlig lengre. Så han kunne komme frem?» Oscar svarer med stillhet og er opptatt med figuren. Så sier han med lavmælt stemme: «Wææ. Han ble redd.»



*Jeg forsøkte å følge han og stille spørsmål for å medvirke til en narrativ struktur så han kunne forklare meg. I ettertid lurer jeg på om Oscar selv ble litt redd. Det var første møte alene på et lekerom med en fremmed dame. Kanskje lurte han på hva jeg syntes om han, og var usikker på hva han skulle gjøre sammen med meg? Jeg var også usikker. Skulle jeg være noen av figurene, styre noen figurer og være aktivt med i leken på den måten? Eller skulle jeg først og fremst se på og tone meg inn verbalt og emosjonelt. Da jeg ikke fikk et klart svar på spørsmålet mitt, avventet jeg og tolket det som et nei. Kanskje er vi to gryende subjekter som fornekter hverandres vitalitetsfølelser av nervøsitet i møte?*

I videoopptaket fra en tidligere time, har terapeuten lagt merke til at Oscar syntes det var gøy med ordet totempel. Totempelen tilhører indianerstammen som bor på lekerommet. Indianerne og totempelen er med også i det første møte med Oscar. Og da det skal ryddes, initierer terapeuten til gøy med ordet «totempel». Terapeuten gjør dette ved å benevne gjenstanden. Oscar gjentar, sier ordet flere ganger og ler litt. Terapeuten benevner hva vi nå deler: «Det er gøy å si det ordet, totempel.»

*Etter en noe passiv og distansert samværsform før denne hendelsen, hadde jeg et ønske og behov for å aktivisere meg selv mer. Og jeg kjente på at det var viktig for å komme i bedre kontakt med barnet. Det ble derfor forsøkt med en forsiktig initiering av gøy med ordet «totempel». Dette så ut til å virke kontaktskapende slik at vi fikk reparert den passive tilstanden og kunne ha en intersubjektiv deling av noe som var gøy. Oscar så ut til å like denne tilnærmingen, humor så ut til å være en innfallsvinkel til å komme i kontakt, noe som skulle vise seg å bli viktig i det videre terapeutiske arbeidet.*

## **Andre møte**

Det andre møtet preges av vekslende kontaktopplevelse. Fra stillhet og ingen verbal respons til dialog om det som skjer i leken. Midtveis i timen kjenner terapeuten seg passivisert. Leken preges av at den er flyktig, fra det ene til det andre. Det er mye som stilles opp i sandkassa. Terapeuten strever med å engasjere seg i barnets lek og svarer passivt og uengasjert på barnets beskrivelser av hva som skjer. Så sier Oscar: "Den som faller ned har tapt." Terapeuten responderer mer aktivt og begynner å spørre utforskende spørsmål om hva som skjer nå. Samspillet mellom barn og terapeut vitaliseres.

*Det opplevdes utfordrende med den varierende kontaktopplevelsen. Da leken så beveget seg inn i noe det var vanskelig å følge med på, kjente jeg på kjedsomhet og jeg kunne se på videoklippet at jeg virket fjern. Jeg ble også usikker på om jeg burde gjøre noe annerledes. Det ble for meg tydelig at setningen som introduserer mål og retning med det som skjer får meg til å våkne. Barnets økende vitalitet og rettethet påvirker meg som terapeut og gjør meg også mer vital. Og sammen gikk vi over i et mer vitalt samspill. En tydeligere narrativ struktur ser ut til å åpne for en mer direkte og vital relasjonsform. Og bidrar også til at det blir lettere å dele et felles oppmerksomhetsfokus.*

### **En lekende utprøving i tredje møte**

Tredje time skulle være den siste timen før oppstart av kalender, og slik den siste av de innledende møtene. I veiledning har terapeut og veileder drøftet forståelsen av sekvenser hvor noen i leken blir redd. Og vi har snakket om hvordan jeg kan forsøke å komme med utvidende beskrivelser av hans opplevelse ved å gi stemme til noen av lekefigurene. Time tre skulle også brukes til å få et klarere inntrykk av hva som kunne velges som fokus for den tidsavgrensede terapien. Terapeuten har allerede tidlig i timen en opplevelse av at Oscar har en plan for noe han vil i denne timen. Omtrent tjue minutter ut i timen er det en lekesekvens hvor det er en figur som har en følelse av at noe vil skje og er redd for dette. Terapeuten forsøker å gi stemme til denne figuren ved å sette ord på hva hun tenker kan være opplevelsen til figuren. Oscar lar terapeuten gjøre dette.

*Gjennom en utvidende beskrivelse av det å være redd forsøker jeg å hjelpe han til å uttrykke seg og skape en utvidet bevissthetstilstand ved å gi han et støttende stillas for emosjonelle uttrykk. Jeg er hele tiden sensitiv for om han tåler dette, og er forsiktig slik at det ikke skal bli for overveldende for han. Jeg beveger meg slik i hans nære sone for utvikling*

Terapeuten beveger seg og setter seg på huk ved siden av sandkassa. Hun får støt av sandkassa. Tidligere i timen hadde et av dyrene fått støt mot strømgjerdet til fisken. Så nå sier hun: «Jeg fikk støt jeg. Tror du det betyr at jeg skal holde meg unna sandkassa?» Oscar ser på terapeuten noen sekunder og ler litt.

*Da jeg får støt av sandkassa, synes jeg dette var morsomt. Jeg ser parallellen til det som skjedde tidligere og velger å dele det med Oscar. Jeg er usikker på hvordan Oscar vil reagere. Det er ikke sikkert han syntes det var gøy slik som jeg. Men jeg tar en sjanse og*

*benytter meg av det som skjer i rommet. Kanskje var dette en mulighet til å utforske min rolle i leken? Det ser ut til å bli et fremskutt øyeblikk av muligheter, kairos-tid. Jeg har en opplevelse av at Oscar blir overrasket av det jeg sier, og at han ser litt utforskende på meg. Jeg tror han så at jeg syntes det var morsomt, og at han delte min opplevelse av glede/tøys. Og kanskje så han også muligheten i situasjonen slik som jeg? Relateringen mellom oss foregår i subjektivt/intersubjektivt selvområde, det skjer en deling av intensjon uten ord.*

Litt senere er det en soldat som blir redd. «Ååå, han blir redd», sier Oscar med spak, sår stemme. «Hva skulle han gjøre?» sier Oscar og ser mot terapeuten. Terapeuten forholder seg nå helt i ro, deler oppmerksomhetsfokus med Oscar og sier ingenting. Hun svarer heller ikke verbalt på spørsmålet til Oscar. Men lar det besvares i leken og gjennom sin tilstedeværelse.

*Før den såre redde stemmen kommer frem, har jeg en sterk opplevelse av at Oscar holder på med noe viktig som jeg ikke må forstyrre. Da han viser sårheten i den redde stemmen, blir jeg fylt av ærefrykt for det som skjer. Jeg blir opptatt av å vise meg tilliten verdig. Og jeg blir fylt med ømhet for han. Jeg kjenner også på en tristhet i møte med Oscars sårhet i det jeg deler smerten i øyeblikket. Jeg visste ikke helt hva dette kunne si om Oscar, hvordan jeg skulle forstå det som skjedde. Men jeg hadde en opplevelse av at dette var en side ved Oscar som kunne være skummelt for han og vise. Og som han ikke helt visste hva han skulle gjøre med. Da jeg ikke svarer på hans spørsmål om hva han skulle gjøre, er det fordi jeg hadde en opplevelse av at Oscar var i gang med noe jeg ikke skulle forstyrre. Jeg kan i ettertid se at mitt svar var å være emosjonelt tilgjengelig og romme hans følelsesuttrykk på en måte som kunne gi han trygghet. Det skjer en affektregulering og utvidelse av bevissthetstilstand, og vi relaterer til hverandre i kjerneselvområdet.*

Mot avslutningen av timen dukker det opp en fyr som heter gærne-Per. Han trikser med motorsykkel i lufta og er en kul fyr. «Nå er det gøye», sier Oscar. Da terapeuten introduserer avslutning, sier Oscar at han vil fortsette med gærne-Per neste gang. Terapeuten sier: «Kanskje det også er en du må sette grenser for å gi regler?» «Ja», sier Oscar. «Han kjører på dem.»

*Det er stor kontrast til den såre stemmen noen øyeblikk tidligere. Og jeg synes Oscar beskriver det så fint selv i sin stadfestelse av at nå er det gøy. Det kan synes som om Oscar regulerer seg selv ved å avslutte leken i en tøysete modus. Jeg følger barnet og deler hans fokus ved å ta imot også den tøysete siden av Oscar.*

## **Oppsummerende refleksjoner**

*Hvem er du? Hvordan skal vi være sammen? Hva skal vi være for hverandre? Kan du forstå meg og hjelpe meg? Kan jeg forstå og være til hjelp?*

Det er det vi prøver å finne ut av i de første møtene. Relasjonen utvikler seg fra to usikre subjekter som sitter på hver sin side av sandkassen og er usikre på hva vi skal holde på med til et samspill med større trygghet og intersubjektiv deling. Barnet ser ut til å bruke muligheten til å dele viktige temaer og følelser med terapeuten. Og terapeuten finner en måte å hjelpe til med dette på. Humor blir en måte å komme i kontakt og dele positive opplevelser. Dette så ut til å bidra til et samspill hvor barnet også våger mer nærhet og får mot til å vise de sårbare sidene av seg selv. Terapeuten gjør sine første erfaringer av hvordan hun kan bidra med utvidende beskrivelser til barnets opplevelser og slik være et støttende stillas for hans emosjonsuttrykk. Dette ser ut til å bidra til økt grad av intersubjektiv deling; en opplevelse av å være sammen også i det som er vanskelig. Terapeuten får også se at barnet kan bruke henne som en regulerende annen. Leken gir muligheter til å uttrykke det sårbare, og i en lekende utprøving kan vi finne en måte å være sammen. Etter deling av vanskelige følelser blir det viktig og også gi plass til det som er gøy. Gærne-Per blir en viktig figur videre i terapien. I veiledning drøftes det hva et behandlingsfokus kan være. Det bestemmes å følge Oscars initiativ til å fortsette å leke med gærne-Per. Fokuset velges til å være «å bli kjent med gærne-Per og finne ut hvordan vi kan hjelpe han». I dette er det forsøkt å ramme inn noe av det som Oscar har vist formulert i hans eget uttrykk.

### 5.1.2    Terapeutiske utfordringer

*Variierende kontaktopplevelse* var en utfordring i de første timene. Det gjorde meg usikker. Skulle jeg også forholde meg stille og slik godta barnets stillhet? Eller skulle jeg forsøke å få han i tale. Og i så fall hvordan gjøre det. Da han ikke svarte kunne jeg lure på om jeg hadde sagt noe feil. Var jeg ok? Var jeg akseptert som terapeut? Nevropsykologen spurte meg om å legge merke til om endring i kontakt kunne se ut til å være fjernhetsanfall. Jeg hadde derimot en fornemmelse av at stillheten kunne skyldes emosjonell usikkerhet eller at mine intervensjoner i møte ikke alltid ble opplevd som meningsfulle.

*Lekeobservasjon eller lekeutredning?* Lekeobservasjon er en vanlig omtale av de første møtene med et barn som kommer i terapi (Hansen, 2011; Holgersen, 1998). Disse møtene blir brukt til utredning. Etter å ha truffet Oscar noen ganger reflekterte jeg over hvordan jeg kom inn i et inntonet og regulerende samspill med ulike følelser og vitalitetsformer. Observasjon er ikke beskrivende for «medopplevelsen» (Hansen, 1996) som ble erfart i møtene. Det opplevdes unaturlig for meg ikke å gi et gjensvar til barnets uttrykk. Dette var et tema som jeg tok opp i veiledning, og jeg fikk støtte for å fortsette med det jeg var i gang med. Bruk av språk formidler hvordan vi forstår og formidler terapi og danner diskurser om fagutøvelse (Svendsen, 2007). Observasjonsdiskursen oppleves distanserende i en intersubjektiv relatering. For meg ble begrepet lekeutredning mer meningsfullt og dekkende for de første møtene med barnet og gjenspeiler en gjensidighetsdiskurs fremfor observasjon (Svendsen & Toverud, 2009). Terapeutens deltakelse i lek og responsivitet overfor barnet ses som en forutsetning for en sterk allianse med barnet (Svendsen, 2007), og støtter en gjensidighetsdiskurs i møte med barn fremfor ensidig fokus på observasjon.

Etter å ha møtt Oscar noen ganger, ble alle sakspapirer og utredning som var gjort av både PPT, barnelege og nevropsykolog lest av barneterapeuten. Det var en lesning som virket overveldende på meg. Det ble tydelig at Oscar ville behøve mye tilrettelegging fremover og at man måtte innstille seg på en langvarig habilitering for å justere omgivelsenes krav til Oscars funksjonsnivå (Tetzchner et al., 2008). Dette opplevdes fjernt fra spillet på lekerommet der jeg fikk bli kjent med en gutt som jeg etter hvert fikk stor respekt og varme for og som jeg genuint opplevde at var en flott gutt. På lekerommet forholdt jeg meg til barneperspektivet. De voksnes verden var preget av bekymring, og jeg kjente på spenningen og utfordringen i å forholde seg til *voksen- og barneperspektivet* samtidig.

## 5.2 Vi jobber sammen

Min forforståelse for denne fasen i terapien er at min rolle i leken synes å være en emosjonelt tilstedeværende og sensitivt regulerende annen. Dette ser i møte med Oscar ut til å bety at jeg er aktivt deltagende i den affektive dialogen og forsøker å hjelpe han til å danne en narrativ omkring det han formidler i lek. Jeg var usikker på om dette også skulle innebære at jeg styrte noen av figurene, men det har jeg sett at Oscar ikke ønsket. Dette gjør at jeg kjenner meg tryggere på min rolle. Og jeg lar barnet vise meg vei videre for hvordan jeg kan hjelpe han.

### 5.2.1 Et utviklende samvær

#### Inntoning på barnets opplevelsesverden

I forberedelsene til første time i kalender, var barneterapeuten på utkikk etter noen ark som kunne brukes til å lage kalenderen. Terapeuten forsøkte da å finne noe som kunne passe det som Oscar hadde vært opptatt av i de første møtene, noe som visuelt kunne speile det han var opptatt av. Da Oscar får se arkene terapeuten har med, engasjeres han umiddelbart. Oscar tar opp arket med militærmønster og kommenterer at det er gærne-Per sine farger. Oscar har lyst å bruke det arket, men fortsetter å se på de andre arkene som han også liker godt. Oscar bruker tid på å finne ut hvordan han vil ha kalenderen, mens terapeuten kommer med ulike forslag. Hun tegner opp rutene på kalenderen og foreslår at han kan både lime på ting fra de mønstrete arkene og tegne noe ved siden av. På vei til å foreslå hva Oscar kan tegne stopper hun seg selv. Terapeuten demper seg nå, og lar Oscar fortsette i sitt tempo. Det blir tidvis stille mens Oscar tegner på kalenderen. Han visker et par ganger, før han kommer frem til hva han vil tegne. Terapeuten spør nå om det han tegner på en lavmælt og avventende måte. «Har du lyst å si hva du har tegnet, hva du tenkte var viktig for i dag?» Oscar svarer ikke, men gjør seg ferdig å tegne. Så forteller han det er noe fra ”Øistein blyant”, noen som krangler.

*Vi starter med å dele engasjement. Oscar virket veldig fornøyd med arkene som er funnet frem. Det oppleves bekræftende for meg. Så opplever jeg meg selv som overivrig og styrende. Jeg ble for dominerende i møte med Oscars lavmælte og forsiktige form og det blir et brudd i intersubjektiv relatering. Oscar ser ut til å trenge tid før han finner ut hvordan han vil ha kalenderen. Jeg klarer etter hvert å reparere bruddet og toner meg inn på Oscars vitalitetsform igjen. Stillheten gjør meg usikker. Jeg ser at Oscar ikke opplever mestring da han skal tegne. Dette gjør meg urolig, og jeg lar han fortsette til han er ferdig, selv om tiden*

*for timen har gått. Jeg blir litt utålmodig, men klarer å bevare roen slik at jeg holder meg i samme vitalitetsform som Oscar. Da Oscar så forteller at han har tegnet noe fra Øistein blyant, blir jeg redd for å vise at jeg ikke vet hva det er. Jeg later som om jeg forstår, er redd for at noe annet ville formidle at jeg ikke synes noe om det han er opptatt av. Det er ikke sikkert det ville vært så farlig å spørre hva det var, det kunne ha formidlet en interesse. Men min usikkerhet for å få han til å føle seg usikker eller feil, gjorde at jeg handlet slik jeg gjorde. Jeg forsøker å tone meg inn på hans verden. Og da jeg senere ser at Øistein blyant står i programoversikten for tv, ser jeg en episode for å finne ut at det er et tegneprogram for barn. Slik blir jeg også bedre kjent med Oscars verden.*

## **Terapeutrolle**

Vi har kommet til time 4 i kalenderen. Samspillet mellom barn og terapeut preges av økt vitalitet, begge er mer ledig og vitale i kroppsspråk og vitalitetsform. Før hendelsen som skal beskrives nærmere har leken om gjerne-Per foregått både i sandkassa og på gulvet ved siden av. Terapeuten har blitt med barnet ned på gulvet og hun gjør seg mer tilgjengelig for ansikt-til-ansikt samspill da hun ser at barnet søker ansiktet hennes mer. Så skjer det et skifte. Oscar ser opp mot skapet der ishockeyspillet står. Terapeuten følger blikket og ser så tilbake til Oscar. «Det er det jeg har lurt på», sier han. «Ja, der ser du noen ting», sier terapeuten. «Har du lyst til å se på det?» «Ja», sier Oscar tydelig og målrettet. Terapeuten løfter ned spillet, og Oscar bærer det bort til bordet på lekerommet. Det er et lufthockeyspill. Terapeuten finner på knappen, og så er spillet i gang.

*Her blir det tydelig for meg hvordan felles fokus for oppmerksomhet leder oss over til noe nytt i leken. Ved å følge hans blick og oppmerksomhetsfokus kan jeg være responsiv for hans initiativ og gi rom for hans agens i møtet. Leken med hockeyspill oppleves som noen øyeblikk av mer direkte kontakt mellom barn og terapeut. Her har jeg en opplevelse av at vi noen minutter er bare Oscar og Tora. Vi er sammen om et lekeobjekt, men Oscar snakker ut ifra seg selv og ikke en figur. Det er det som gjør kvaliteten på samspillet annerledes. Jeg har samtidig en opplevelse av å bare være meg selv, at det er et genuint øyeblikk mellom to mennesker, to subjekter. Dette oppleves som en ny relasjonsform for oss. Jeg undret meg over om det gikk an å være terapeut på denne måten, ved å bare være meg selv, eller om jeg hadde glemt å være terapeut noen øyeblikk.*

## Barnespråket - leken

Time 7 i kalender: Det er stille mellom barn og terapeut. Halve timen har gått til å bygge opp scenen i sandkassa. Oscar tar stadig frem flere leker. Terapeuten forsøker å holde felles oppmerksomhetsfokus med barnet og følger hans bevegelser, setter seg ved siden av han på gulvet. Så bryter Oscar taushet og sier: «Her er den nye gærne-Per.»

*Det oppleves utfordrende å være i stillheten sammen med Oscar uten å bli en passiv tilskuer. Jeg forsøker å bevege meg og holde samme oppmerksomhetsfokus som Oscar. Jeg flytter meg ned på gulvet fordi jeg opplever at jeg får bedre kontakt med barnet da. Da er ansiktet mitt mer tilgjengelig for han og jeg kan bedre holde hans fokus ved å se på ansiktet hans. I stillheten kommuniserer jeg at det er ok at han er stille, jeg kan også være stille sammen med han. Min opplevelse av tiden han bruker på å bygge opp leken er at han tenker og jobber veldig med å få ting slik han vil. Jeg blir overrasket da det plutselig kommer en ny gærne-Per.*

Videre blir hvem den nye gærne-Per er utforsket. Oscar begynner er først nølende, så øker vitaliteten. Oscar bygger opp til det som skal skje både i affekt og i ord. «Nå! Nå!» Oscar løfter bondegården opp over sandkassa. «Ha det gærne-Per, den gamle gærne-Per!» Han slenger gården ned over gærne-Per i sandkassen. Så gjør han det en gang til, enda kraftigere. Den gamle gærne-Per dør. Den nye gærne-Per har en kraft i pistolen sin som den gamle ikke hadde. Da timen er ferdig, springer Oscar mot døra. Han peker ivrig mot gården i sandkassen: «Og den er opp ned!» «Ja, det var noen ting som ble snudd opp ned i dag», svarer terapeuten.

*Jeg var undrende og overveldet av hva Oscar jobber med og viser denne timen. Det var vanskelig å forstå hva dette betydde, men jeg gav han rom til å formidle. Jeg ventet, holdt meg i ro og fulgte hans initiativ. Kommentaren på vei ut av lekerommet er et forsøk på å formidle til barnet at jeg forsto at det hadde skjedd noe viktig. Men jeg forsto ikke hva dette skulle bety for veien videre. Og jeg ble forvirret med tanke på hva vi skulle holde på med nå. Gærne-Per var død. Det var jo han vi skulle bli kjent med. Jeg delte dette med veileder og vi undret oss sammen over hva Oscar kunne ha planer om nå. Da jeg i etterkant analyserer timen synes jeg å se at Oscar vil noe nytt nå. Han merker kanskje en endring hos seg selv og i samværet med meg. Kanskje er denne timen et forsøk på å finne ut en ny måte å være sammen på, så han kan få brukt den nye kraften sin?*



## Jeg og du - en ny kontaktopplevelse

I time åtte dreier leken seg om den nye gærne-Per. Oscar plasserer bondegården i sandkassa og sier det er gærne-Per sitt hus. «Der bor han ja,» responderer terapeuten. Så sier Oscar: «Der bor jeg». «Ja, der bor du», svarer terapeuten da. Oscar fortsetter så å beskrive det han gjør i jeg-form.

*Det oppleves som om det skjer en språklig endring i samvær. Det er første gang jeg tenker over at Oscar bruker et tydelig «jeg» i sin beskrivelse av leken. Dette får meg til å respondere med et tydelig «du» tilbake. I analysen av materialet ser jeg at det har vært hendelser der han har sagt «jeg», men da har han raskt vært tilbake til «han». Jeg tror jeg opplevde Oscar som mer tydelig og rettet i sin «jeg-form» denne gangen, noe som gjør at jeg responderer annerledes.*

Mot slutten av samme time tar barnet initiativ til en dialog om filmhelter. Oscar lurte på om terapeuten vet om noen filmcowboy. Terapeuten kommer ikke på et navn med en gang, men sammen med barnet finner de ut at hun må ha sett Indiana Jones. Oscar forteller så om en tegneserie han liker godt. «Jeg liker tegneserie fra ute i verdensrommet med romskip og menn med våpen og sånn. Det liker jeg», sier Oscar. «Det liker du» svarer terapeuten. Så fortsetter han å fortelle at han vet en film om det også, som starter og slutter på s. Star wars. «Det er det jeg ser på», sier han. Så tar han frem noen figurer fra lommen. De kommer fra verdensrommet, fra Star wars. De arresterer gærne-Per og så dreper de han. «Så fra i dag er det ingen gærne-Per», sier Oscar glad.

*Denne hendelsen viser den nye relasjonsformen av en tydeligere jeg-du-relatering, det blir en mer gjensidig dialog. Filmcowboyer er ikke terapeutens hovedinteresse, men jeg ønsker å bekrefte Oscars interesse. Dette gjør jeg ved å gi han rom til å fortelle mer om heltene han ser på film og leser om. På filmen ser det ut som jeg blir både forundret og lei meg for at gærne-Per dør. Oscar virker derimot veldig fornøyd. Jeg skjønner at Oscar synes å være ferdig med gærne-Per. I dialogen om hva Oscar liker og er opptatt av opplever jeg det som at Oscar stadfester overfor seg selv og meg hvem han er. Det er ledd i en identitetsskapende narrativ om hvem han er i en verden med andre. Det er dette jeg blir opptatt av å bekrefte i min respons: «Det liker du.»*

## **“Du må være deg”**

I denne fasen av barneterapien skulle det også gis en tilbakemelding fra nevropsykologisk testing. Barneterapeuten deltok i planlegging av tilbakemeldingen, mens det var saksansvarlig psykologspesialist og nevropsykologen som sto for selve tilbakemeldingen. Det ble vurdert som mulig forstyrrende for relasjonen mellom barneterapeut og Oscar dersom barneterapeuten skulle delta på tilbakemeldingen. Barneterapien ble brukt som ressurs i hvordan tilbakemeldingen kunne tilrettelegges slik at Oscar forstår. Da Oscar synes å like konkrete visuelle hjelpemidler (jfr. kalender) ble dette også brukt i tilbakemeldingen. Oscar deltok aktivt i tegningen av en figur som viser hans sterke og svake sider. «Du må være deg!» sier Oscar mens han skriver det opp på tavlen. Da barneterapeuten får høre om dette blir hun stolt og rørt. *Han har skjønt det! Og det er som om jeg skjønner det enda mer selv også. Det er jo dette vi har jobbet med. Vi har ikke brukt ordene, men Oscar har tydelig vist at han har jobbet. Og nå kommer det spontant fra ham selv med egne ord: «Du må være deg!» Da må jo det vi holder på med være betydningsfullt, tenkte jeg.*

Det finner også sted et møte mellom skole, PPT, foreldre og BUP. Her forsøker man å samle trådene fra utredning og terapi, og hvordan dette skal få implikasjoner for tilrettelegging på skolen. Det er kontaktlærer som påpeker det først: «Har han ikke fått bedre selvtillit de siste månedene?» Far sier seg enig, nevropsykologen refererer til tilbakemeldingen nevnt ovenfor. Og barneterapeuten kan si: «Ja, *det er det vi jobber med.* Så fint at det merkes». Tilbakemeldingene opplevdes bekreftende og anerkjennende for arbeidet barn og terapeut gjorde sammen og var viktige for meg som ny barneterapeut.

## **Oppsummerende refleksjoner**

*Vi jobber sammen, vi leker sammen, vi famler oss frem til møtene i det potensielle intersubjektive rommet. Noen ganger holder vi på hver for oss, da når vi hverandre ikke helt. Så møtes vi igjen og deler følelser, opplevelser og tanker.*

Terapien er i gang og det arbeides med viktige relasjonelle temaer. Da terapeuten ikke er inntonet på barnets vitalitetsfølelse blir det brudd i selv-annen-relatering, men det repareres da hun igjen inntoner seg på barnet og gir han rom til å bruke sin agens. Nye relasjonsformer gir også nye erfaringer av hvordan man kan være barneterapeut. Kanskje kan rollen fylles på en mer personlig måte enn terapeuten først hadde tenkt.

## 5.2.2    Terapeutiske utfordringer

*Stillhet* i barneterapi kan være øyeblikk hvor barnet er oppslukt i leken og terapeuten ved å forbli stille kan reflektere over det som skjer og bekrefte barnets uttrykk (Crenshaw & Seymour, 2009). Andre ganger kan stillheten oppleves uforståelig og forstyrrende og terapeutens indre uro og dialog overskygger tilstedeværelsen og fokuset på barnet (ibid.). Man kan tenke seg at det skjer en motoverføring da terapeutens reaksjoner i møte med barnet blir forstyrrende (Freud, 1958). Terapeuten kan også bruke stillheten til å lytte både innover i seg selv og utover til barnets stillhet. I en intersubjektiv barneterapi er min erfaring at man kan bruke stillheten til å lytte til relasjonsform og vitalitetsfølelse hos seg selv og barnet. Man kan stille seg spørsmålet om hva min erfaring i øyeblikket kan si om barnets opplevelse (Crenshaw & Seymour, 2009, s. 14). I terapien med Oscar kunne stillhet veksle mellom å være ubehagelig og vekke kjedsomhet og usikkerhet til at stillheten kunne oppleves som en god deling av oppmerksomhetsfokus. Opplevelsen av stillhet endret seg ettersom relasjonen mellom barn og terapeut utviklet seg. Ettersom terapien skred frem ble det mindre stillhet mellom samspillpartnerne og den stillheten som forekom opplevdes som meningsfull. Den nervøse indre dialogen omkring terapeutens usikkerhet ble roet. Man kan tenke seg at det fant sted en gjensidig affektiv regulering og at denne erfaringen også kan gi en større trygghet for terapeuten til håndtering av stillhet i kommende terapeutiske erfaringer med barn (Tronick, 1998).

*Tolkning/forståelse av lek:* I forhold til leken fremkom det flere relasjonstemaer gjennom videoanalysen enn jeg var klar over underveis i terapiforløpet. Dette gjorde meg overrasket, men opplevdes også bekreftende for terapiarbeidets betydning og de fornemmelser jeg hadde hatt underveis. I terapien snakket barn og terapeut sammen gjennom lekens språk. Terapeutens validering og inntoning på barnets vitalitetsform og uttrykk ble gjort ved å benevne lekens innhold. Da for eksempel gærne-Per dør, holder både barn og terapeut seg i metaforen om den gærne fyren som bor på lekerommet. Da hendelsen oppsto hadde ikke terapeuten noen tolkning for det som skjedde, men var i øyeblikket sammen med barnet og bidro til narrativ struktur og emosjonell regulering. Sett i lys av terapien som helhet blir det tydelig at dette var barnets måte å endre den terapeutiske relasjonsformen. Barn og terapeut hadde vært enige om at vårt felles fokus skulle være å bli kjent med gærne-Per. Det hadde nå skjedd en endring som gjorde at Oscar var ferdig med gærne-Per. Barnespråkets måte å gi uttrykk for dette og få endret samværet ble gærne-Pers død.

Oscar bruker slik sin ekspertise (Hansen, 2012) og aktørstatus til å ta initiativ til noe nytt. Det blir tydelig at leken kan fungere som et handlingens språk (Frankel, 1998; Linden, 2003) hvor kjerneselvrelatering (Stern, 2003) blir styrket. Ved å være i et som-om-modus i lek, blir det relasjonelle vendepunktet (Carlberg, 1997) mindre skummelt å initiere for barnet.

Som terapeut har jeg lurt på om jeg ble for opptatt av gjerne-Per. Det kan også være at Oscar ville prøve ut noe nytt, om han kunne våge en mer direkte samværsform. Dette ville blitt vanskelig for Oscar å si med ord da det ville kreve en mer avansert kognisjon enn hva et barn klarer (Fonagy, 2004; Vygotsky, 1978). Med tanke på Oscars vansker blir det symbolske og visuelle ved leken en desto større mulighet til å bli et hode høyere enn seg selv i lek (Vygotsky, 1978). En «snakketerapi» ville i motsatt fall bli nok et krav til barnet som det ikke ville oppleve mestring i. Det ville da være en fare for at terapeuten helt hadde tatt over terapiens prosjekt og barnets agens og formidlingsevne kunne i større grad blitt overkjørt. Dette kunne ha vanskeliggjort relatering i de ulike selvdomener. I kjerneselvrelatering kunne terapeutens agens tatt mer plass enn barnets. Og den verbale og narrative relatering kunne brutt sammen eller foregått på metodens premisser mer enn barnets. Et lekende inntonet samvær gir derimot muligheter både for barn og terapeut. Det kan skape usikkerhet, men våger man usikkerheten kan man finne en vitalitet man ikke før kjente både for barnet og seg selv som terapeut.

## 5.3 Terapiens avslutning

Forforståelsen barneterapeuten har med seg inn i terapiens avslutning, er en opplevelse av at vi nå har et samvær hvor barnet tydelig representerer seg selv. Oscar forteller om ting han er opptatt av, spør terapeuten direkte spørsmål. Han involverer og regner med terapeuten i en direkte intersubjektiv deling. Terapeuten anser det terapeutiske arbeidet for avsluttet, at det som gjenstår er å avrunde og ta avskjed.

### 5.3.1 Avslutte i barnets opplevelsesverden

Det er nest siste gang som barnet og terapeuten møtes. Terapeuten tar frem kalenderen og viser at neste gang er siste gang. Og hun lurte på om det er noe de skal snakke om. Oscar ser litt spørrende ut da terapeuten tar opp dette. Han bekrefter at han vet det, så er han på vei til å si noe, men stopper seg selv. Terapeuten blir også stille og ser hvordan Oscar begynner å rydde det han har holdt på med i dag. Han slenger figurene inn i hylla og roper «scoring». Det er en slags feiring i det han holder på med.

*Det blir en underlig situasjon mellom barn og terapeut. Det oppleves som om vi kanskje ikke har en felles forståelse av hva avslutning vil innebære. Jeg undrer meg på om det er jeg som opplever avslutningen mest vanskelig. Barnet gjør det tydelig at det å snakke om avslutning oppleves meningsløst, eller kanskje er det vanskelig å verbalisere dette temaet? Kanskje formidler han noe i leken, at det er noe som skal feires i avslutningen? Det blir i veiledning drøftet hvordan en avslutningstime skal foregå. Det blir vurdert som at en oppsummering og avslutning av terapien i barnets forestillingsverden vil fungere best.*

### Siste møte

Det er siste gang barn og terapeut skal møtes. Barnet er oppstemt og tøyser med terapeuten. Hun er rørt og overveldet av at dette er siste gang. «Ser du hva det ser ut som?» spør Oscar og inviterer til gjettelek. «Jeg synes det ser ut som en stjerne der sånn», sier terapeuten og peker. Oscar er ikke helt fornøyd med svaret og gjør ferdig det han er i ferd med å lage. Så sier Oscar: «Det er et dyr som starter på p». Det er en tankefull terapeut som står og ser på sandkassa for å komme på et svar. «Du kommer til å finne det ut», oppmuntrer Oscar. Terapeuten gir uttrykk for at hun ikke kommer på noe dyr som begynner på p. Oscar gjør en siste justering og så utbryter han fornøyd at det er en pingvin. Han ordner litt mer på

pingvinen og lurer på om terapeuten ser at det er en pingvin nå. Terapeuten bekrefter at nå ser hun det.

*Dette samspillet viser hvordan barn og terapeut har hverandre i tankene. Begge tenker om den andres tanker; sinn i sinn. Det skjer en intersubjektiv relatering som også verbaliseres. Samspillet er lekent og humørfyllt. Samtidig strever terapeuten med å håndtere sin egen overveldelse av at dette er siste gang. Det er også i avslutningen barnet som viser vei, og terapeuten lar seg regulere av barnets positive følelsesuttrykk og blir med i hans lek. Terapeuten er også trygg nok nå til å verbalisere når hun ikke forstår eller vet.*

Litt senere i siste time dukker flere av figurene som har gått igjen i leken opp. Den gamle gærne-Per er en av figurene som blir funnet frem igjen. Oscar viser hvordan gamle gærne-Per går som et levende skjelett. Oscar gjenforteller hva som skjedde med gærne-Per mens han lager lydeffekter til historien. Barnet er ivrig og springer bort til kalenderen for å vise da det skjedde. Terapeuten er aktivt med i inntoning på barnets formidling.

*Oscar synes å lage en narrativ om terapien og dens avslutning. Det er som om han viser meg og oppsummerer alt som har skjedd. Det blir viktig for meg å vise at jeg husker og hjelpe han til å lage sammenheng i fortellingen. Terapeuten støtter hans historiefortelling og gir han rom til å skape sammenheng i sin terapihistorie. Oscar er veldig vital og utfolder seg virkelig. På opptaket blir det tydelig hvordan også jeg som terapeut vitaliseres i dette samspillet og toner meg inn på hans vitalitetsfølelse både i bevegelser og gjennom affektdeling. Hendelsen viser vitaliteten som både barnet og terapeuten har funnet i løpet av barneterapien.*

## **Oppsummerende refleksjoner**

*En endring konsolideres. Vi gjentar måter å være sammen på slik at vi kan ha hverandre i tankene etter avskjeden som nærmer seg.*

Avslutningen skjer i lekens språk. Viktige figurer dukker opp i leken og tas slik avskjed med. Måter barn og terapeut har vært sammen på gjentas, slik at det kan huskes og bæres med videre etter avskjeden. Hendelser av ny selv-annen-relatering vil danne nye representasjoner for samspill. Samspillet ved terapiens slutt står i sterk kontrast til det usikre og distanserte samværet da barn og terapeut først møttes. Fra usikkerhet om hva man skal gjøre og hvem man skal være for hverandre deles nå en felles opplevelsesverden fylt av vitalitet og glede mellom barn og terapeut.

### **5.3.2 Terapien gjør noe med terapeuten også**

Det er en fortumlet og beveget terapeut som samme kveld som terapien er avsluttet sitter på balkongen og tenker på sin lille helt. Hun kjenner seg fylt opp av varme og positive følelser for gutten som så tillitsfullt har vist frem hvem han er, og som tok avskjed med å gi en vakker blomsterbukett fra egen hage. Samtidig vekkes det noen bekymringer. «Hva skjer nå? Hvordan vil det gå med Oscar? Tenk at jeg ikke skal se han igjen..» En slik tilnærming til barneterapi og til barnet gjør noe med terapeuten. Man får barnets opplevelsesverden på innsiden, man har møtt barnet med hele sitt følelsesapparat. Det gjør inntrykk. Terapeuten finner trøst i en metafor om avslutningen. I blomsterbuketten hun fikk var det en blomst som kalles «bleeding heart» eller «løytnantshjerte». Det var slik det kjentes. En liten helt var sendt ut i «krigen», og barneterapeutens hjerte blødde litt. Denne formen for terapi er ment å følge barnet et stykke på vei. Terapeuten søker å hjelpe barnet tilbake på et godt utviklingsspor. Den lille helten vil fortsatt ha kamper å kjempe i livet etter terapien er avsluttet. Det vil komme utfordringer og vanskelige situasjoner. Men fra barneterapien har han fått med seg en erfaring av at han kan tre frem og bli akseptert, også med det som er vanskelig. Og at det er greit å være helt på sin måte. Dette ble terapeutens epilog til terapihistorien.

### **5.3.3 Etter barneterapien**

Etter endt terapiløp, har terapeuten og mor en samtale på telefon. Mor sier Oscar virker tryggere nå. Det rapporteres at Oscar kan være lei seg, men han er flinkere til å si fra om det som er vanskelig. Terapeuten tenker at dette kan bety at Oscar trer tydeligere frem nå, også utenfor terapirommet, at hans selvforståelse er utvidet og at han representerer dette tydeligere. Etter barneterapiens slutt, ferdigstilles også øvrig utredning. Epilepsiutredning kunne ikke konkludere med somatisk årsak til varierende kontaktopplevelse. I samarbeid med foreldrene ble det konkludert med at guttens vansker kunne beskrives av en uspesifikk utviklingsforstyrrelse og ADHD-diagnose. Vanskene med konsentrasjon og oppmerksomhet kan få plass i ADHD-kategorien. Og så er det noe annet som man ikke helt får tak i som man da valgte å kalle en uspesifikk utviklingsforstyrrelse. Etter dette startet man opp ADHD-medisiner. Noen måneder etter kan man se en god effekt av dette. Oscar kan sitte konsentrert om skoleoppgaver i lengre tid enn tidligere. Lesing som tidligere var en ekstra utfordring går nå lettere. Oscar kan selv finne frem og sette seg ned med leseboka når han kommer hjem fra skolen. Men det er også noe annet som er annerledes. Det meldes om at

Oscar er mer rakrygget og kan gi god blikkontakt, se direkte på mennesker i flere sekunder. Den effekten kan ingen medisiner gi, sier legen. Det kan være grunn til å tro at det er noe av barneterapiens bidrag i prosessen. Oscar synes å være mer selvrepresenterende og at han bærer den han er med rak rygg. Med alt det innebærer av vansker, diagnoser og ressurser. Det er som om han kan bære seg selv på en tryggere og mer stolt måte.

*Det oppleves underlig at Oscar skal bære disse diagnosene. Jeg forstår at dette er de best beskrivende for hans vansker, men diagnoser oppleves fjernt fra de møtene jeg og Oscar hadde på lekerommet. Der var Oscar bare Oscar, et helt og verdifullt menneske som jeg fikk gleden av å bli kjent med og hjelpe. Tilbakemeldingen bekrefter nettopp dette for meg at jeg fikk bli en hjelper for han. Det oppleves som stort og betydningsfullt. Og jeg blir veldig glad på Oscars vegne. Dette kunne skje uavhengig av diagnoser. Og jeg lurte på om jeg kunne møte han mer direkte som individ uten en forstyrrende og generaliserende diagnosekategori.*

### **5.3.1    Terapeutiske utfordringer**

*Terapiutfall:* Ved avslutning av terapien blir terapeuten spurt av far om hvordan Oscar har det med seg selv. Den uerfarne terapeuten har en fornemmelse av at vi har jobbet med viktige ting og at Oscar er tryggere, mer vital og selvrepresenterende. Men det var vanskelig å svare, finne ordene for hva som hadde skjedd. Og tvilen på om det barn og terapeut hadde holdt på med var betydningsfullt meldte seg. Hadde dette vært noe mer enn at barn og terapeut hadde blitt godt kjent og etter hvert hatt det veldig gøy? Ville det terapeutiske samværet ha en reell effekt utenfor terapirommets vegger? Er lek tilstrekkelig som virksom terapi? (Bonovitz, 2009; Christie, 2012; Frankel, 1998). Andre studier av tidsavgrenset terapi med barn har vist at barna har fått økt evne til å uttrykke sine følelser og opplevelser (Haugvik & Johns, 2006; Tydén, 2002). Dette er også tilbakemeldingen fra mor til Oscar etter terapiens slutt. Denne formen for terapi har fokus rettet mot implisitt relasjonell kunnskap (Stern, 1998) heller enn reduksjon av symptomer. Gjennom et utviklende intersubjektivt samvær hvor møteøyeblikk kan gi nye relasjonelle erfaringer (Lyons Ruth, 1998) kan barnet finne ny kraft og vitalitet (Svendsen, 2010). En mer vital og rettet måte å være i verden på vil også styrke selvfølelse og mestringstro og slik føre til økt livskvalitet (Schibbye, 2004). Forskningen på feltet og tilbakemeldinger fra hjem og skole gir grunn til å tro at denne barneterapien var virksom. Noe som blir en ekstra viktig bekreftelse for en nybegynner i faget (Rønnestad & Skovholt, 2013).



*Håndtering av egne følelser* knyttet til avslutning var utfordrende. Det meningsfulle samværet med Oscar hadde betydd mye for meg som menneske og ny barneterapeut. I avslutningstimen blir det tydelig hvordan det skjer en gjensidig regulering og utvidelse av bevissthetstilstand i møte mellom oss (Benjamin, 1990; Tronick, 1998). Det skjer en ordløs deling av betydningen av samværet, en deling av indre landskap (Stern, 2003). Symbolene i leken blir språket for å formidle den indre verden (Fonagy & Target, 1996; Hansen, 2012). Det er gjennom leken at barnet viser med hele seg hvor mye ny kraft han har funnet. Da Oscar viser ressurser blir det lettere å avslutte for terapeuten. Det som så ut til å hjelpe både barn og terapeut var den tydelige rammen for avslutning konkretisert med kalender og lekens språk. Den tydelige tidsavgrensningen skaper en innstilthet på at samværet er avgrenset og at det vil komme en avslutning.

# 6 Diskusjon

## 6.1 Et profesjonelt selv

### 6.1.1 Selvutvikling

Dannelsen av et profesjonelt selv er en av studentterapeutens utviklingsoppgaver (Adelson, 1995; Nielsen et al., 2009; Olsson, 1997). Noviseterapeuters skjøre og ufullstendige profesjonelle selv kan bidra til opplevelsen av stress (Skovholt & Rønnestad, 2003). Dette skjøre selvet er svært reaktivt for negativ feedback og kan oppleve mange skiftninger i opplevelse av entusiasme, usikkerhet, frykt, lettelse, frustrasjon, stolthet og skam. Dannelsen av et profesjonelt selv involverer krevende indre konstruksjonsarbeid i det man prøver ut nye måter å være i verden på (Ellwein, Grace, & Comfort, 1990).

Terapien med Oscar ble viktig for min utvikling av et profesjonelt selv. Det var ikke bare barnet som utviklet seg og ble mer selvrepresenterende og fikk styrket selvfornekkelse. Jeg som ny barneterapeut kan i ettertid se at denne barneterapien har bidratt til en styrket fornemmelse av hvem jeg er som barneterapeut, en fornemmelse av et profesjonelt selv. I terapiprosessen beveget barn og terapeut seg fra gryende selvrelatering (Stern, 2003) til et affektregulerende samvær i kjerneselvdømmet. Derfra begynte dyaden å inngå i en relatering på det subjektive selvdømmet hvor man tenkte om den andres tanker og intensjoner. Etter hvert som barn og terapeut ble tryggere på hverandre ble den verbale dialogen rikere og tydeligere. En relatering i det verbale selvdømmet muliggjorde en dannelsen av en narrativ om temaer i leken og om terapien. Dette kan også ses som historien om barnet og terapeutens samvær. Da jeg nå har fordypet min forståelse om terapiens narrativer, har jeg også utviklet min narrativ om egen terapeututvikling. Oppgaven kan ses som en narrativ om min terapeututvikling i møte med Oscar, et kapittel i min historie som terapeut. Hendelsene som beskrives i oppgaven er selv-definerende øyeblikk som har formet min autobiografi, historien om hvem jeg er som terapeut (Conway & Holmes, 2005; Furr, 2003). Oppgavearbeidet har slik vært en identitetsdannende prosess. Det har vært en bevisstgjøring av et gryende profesjonelt selv. Hvem er jeg i en verden av andre terapeuter? Faglige samtaler med medstudenter i uformelle settinger og i praktikum/undervisningsklinikker har også vært av betydning i denne sammenheng. Deltagelse i slike samtaler har gitt meg en fornemmelse av

meg selv som terapeut i relasjon med andre terapeuter. Samspillet av egen varen og andres tilbakemeldinger på meg har gitt en fornemmelse av en måte å være i verden.

Olsson (1997) hevder at en ekte psykoterapeutisk identitet er et uttrykk for terapeutens ekte personlighet. Med dette mener Olsson at terapeuten skal kjenne at hun er seg selv og kunne kjenne seg fri. Terapeutisk stil skal kunne overensstemme med personlig stil. Dette er i samsvar med hva som kalles terapeutens kongruens/ekthet i behandlingsforskning, og som viser seg å ha positiv effekt på terapirelasjon sammen med empati og en uttrykt varm aksept av pasienten (Norcross & Hill, 2004). Det utviklingsrettede intersubjektive perspektivet på barneterapi var en frigjørende tilnærming for meg som person. En regelstyrt manual kunne legges til side og jeg kunne være meg som terapeut (jfr. Christie, 2012). Jeg opplevde meg fri til å la meg berøre av barnet. Opplevelser av glede, begeistring og mer alvorlige og sinte vitalitetsformer ble inntonet på og delt. Dersom det fantes en manualstyrt agenda for det terapeutiske møtet kunne dette ført til mer stress og prestasjonsangst og forhindret meg i å være emosjonelt tilstedeværende som terapeut. Min opplevelse av å ha anvendt hele mitt emosjonelle repertoar medvirker til at terapiprosessen oppleves mer personlig (Spiegel & Grunebaum, 1977). Dette terapeutiske perspektivet gir rom for kreative uttrykksmåter og symboler for terapiprosessen (jfr. kalender) noe som passer godt med mine personlige interesser for det kreative. Dersom man prøver å etterligne andre terapeuter eller leve opp til urealistiske forventninger, noe som er en vanlig utfordring for studentterapeuter (Rønnestad & Skovholt, 2013; Skovholt & Rønnestad, 2003), vil man kunne danne et falskt terapeutisk selv (Olsson, 1997). Den subjektive opplevelsen av terapeututvikling som belyses i denne oppgaven fornemmer derimot at terapeuten er i ferd med å danne et ekte profesjonelt selv. Å finne sin egen måte å være terapeut på og oppleve betydningen av sitt nærvær i terapirommet var viktige tema i veiledningen. Denne oppgaveprosessen gir en fornemmelse av at jeg sammen med veileder klarte å finne frem til en egen måte å være barneterapeut på. Rønnestad og Skovholt (2013) beskriver hvordan terapeuter velger teori og metoder som overensstemmer med personlige erfaringer i yrkesliv og privatliv. Det skjer en integrasjon av det personlige selv inn i et koherent profesjonelt selv. Dette gir gjenklang til min opplevelse av å kjenne meg hjemme i et utviklingsrettet intersubjektivt perspektiv som barneterapeut.

### 6.1.2 Klinisk selvtillit

I klinisk virksomhet som terapeut bruker man seg selv profesjonelt i det å hjelpe andre (Eggbeer, Mann, & Seibel, 2007; Skovholt, 2012). Utvikling av klinisk selvtillit (clinical self-confidence) har blitt identifisert som et viktig utviklingstema for studenters terapeututvikling (Bischoff, 1997; Bischoff & Barton, 2002). Studentterapeuter innehar mye usikkerhet omkring terapeutiske oppgaver (Hansen et al., 2010; Nielsen et al., 2009; Rønnestad & Skovholt, 2013; Skovholt & Rønnestad, 1992) og dette kan påvirke terapeutisk utkom negativt dersom prestasjonsangsten blir for høy (Nissen-Lie, 2011). En passe mengde usikkerhet på seg selv ("self-doubt") har derimot en positiv effekt på terapiutfall og terapeutisk allianse (ibid.). Bischoff og Barton (2002) fremlegger en stadiemodell for å forstå utvikling av klinisk selvtillit hos studentterapeuter og implikasjoner for veiledning på de ulike stadiene. Den første fasen preges av en svært variabel selvtillit hvor veileder spiller en viktig rolle for å fremheve studentens styrker. Man trer inn i en ny fase når man begynner å anerkjenne sine egne ferdigheter. Veileders rolle blir å stabilisere denne troen på egne ferdigheter. Studenten trer inn i en mer selvstendig fase når hun begynner å stole på sin egen kliniske oppfattelse og vurdering. Veileder får nå en mer validerende funksjon. Det finnes flere lignende utviklingsmodeller for terapeuter og deres ulike behov i veiledning (Westefeld, 2009). Selv om man har oppnådd en viss selvtillit på et område og med en gruppe pasienter kan man ha mindre trygghet på andre felt. Veiledningen bør derfor være fleksibel mellom de ulike utviklingsstadier og tilhørende veiledningsbehov.

Terapiprosessen med Oscar og veiledningen knyttet til terapien synes å følge Bischoff og Bartons modell (2002). I starten av terapien ble veiledningen brukt til å planlegge konkrete væremåter i neste terapeutiske møte og veileder fremhevet styrker hun så ved det kliniske arbeidet. Etter hvert ble det merket en endring i egne kliniske ferdigheter og veileders funksjon. I avslutningen av terapien hadde jeg for eksempel en klar fornemmelse av at Oscar var klar til å avslutte, at det terapeutiske arbeidet for barneterapien var fullført. De teoretiske begrunnelsene var ikke så tydelig for meg som nybegynnerterapeut, men den kliniske vurderingen ble validert av veileder. Prosessen i denne terapien var preget av en stadig undrende holdning som tidvis også inneholdt mye usikkerhet, særlig i de innledende møtene. Usikkerhet på seg selv som terapeut har vist seg å gi en positiv effekt på tidlig arbeidsallianse (Nissen-Lie, Monsen, & Rønnestad, 2010), og kan ha virket positivt inn på alliansebygging med barnet. Selv-tvilen kan reflektere en ydmykhet og sensitivitet overfor klienten og derfor

gjøre en i bedre stand til å fange opp signaler fra klienten (Rønnestad & Skovholt, 2013). Veileder hadde funksjon som en trygg regulerende annen (Eggbeer et al., 2007; Tronick, 1989) og bidro til at usikkerheten omkring prosess og terapeutiske ferdigheter holdt seg innenfor et «toleransevindu for aktivering» (Ogden & Minton, 2000). Dersom aktivering blir for høy vil det bli vanskelig å utforske og utvikle nye ferdigheter. Innenfor toleransevinduet opplever man seg trygg og i stand til å tenke og lære nye ting.

## **6.2 Terapeutrolle**

### **6.2.1 «Et hode høyere enn seg selv»**

En av mine utviklingsoppgaver relatert til terapien med Oscar var å danne et konseptuelt kart for barneterapeutrollen (Skovholt & Rønnestad, 2003). Før dette kartet var dannet skulle jeg likevel fungere i rollen som barneterapeut. Min opplevelse var ofte undrende og uforstående til hva som skjedde og hva som virket endrende i samværet med barnet. Hovedintervensjonen som bevisst ble brukt var å la barnet lede an og holde meg emosjonelt tilgjengelig for Oscar. I gjennomsyn av opptak fra timene fant jeg meg selv i synkronisert samspill med barnet. Barnets uttrykk vekket reaksjoner av begeistring innlevelse i hans verden, men også tidvis morske og triste ansiktsuttrykk. Øyeblikk av misforståelse, overinntoning og feilinntoning med interaktive brudd til følge ble også tydelig. Dette gav muligheter for interaktive reparasjoner (Tronick, 1989) som kunne føre til økt grad av intersubjektiv deling og sterkere allianse (Norcross & Hill, 2004; Safran, Muran, & Eubanks-Carter, 2011). Jeg erfarte derved også en utvidelse i deling av følelser. Vitalitetsfølelsen i møte varierte fra høyrøstet begeistring til dempet hvisking. Vygotsky (1978) har postulert at barnet blir et hode høyere enn seg selv i lek. I etterkant av undersøkelsen av terapeututvikling har jeg en forståelse av at også terapeuten kan bli et hode høyere enn seg selv i lek. Spontane og lekne øyeblikk gav muligheter til en utvidet intersubjektiv relatering (Hansen, 2012). Det blir samtidig tydelig for terapeuten at terapi kan være virksom selv om man ikke forstår alt som skjer. En av deltakerne i studien til Lonergan et al. (2004) uttrykker det slik: “Some of my most successful work has been where I have not had a clue to this day what worked” (s. 358).

## Bli klar over sin kompetanse

Videoanalyse og oppgavearbeid har fungert som hjelp til å bli klar over sin kompetanse og øke forståelse av endringsprosesser og teori. Betydningen av emosjonelle og relasjonelle egenskaper hos terapeuten vektlegges i studier av terapeututvikling (Jennings, 1999; Mahoney, 1998). Evnen til å være emosjonelt mottagelig, være sensitiv til barnets følelser og tåle usikkerhet var viktig i en intersubjektiv barneterapi hvor det som skjer kan karakteriseres som en relasjonell bevegelse fra øyeblikk til øyeblikk (Daniel N. Stern, 2007). Ett øyeblikk former det neste, og gjennom terapeutens responsivitet i øyeblikket vil barnets følelser og uttrykk bli inntonet og respondert på (Svendsen, 2007). I samværet der og da med barnet vil det være spontane affektive responser som blir uttrykt, ikke teoretiske begrunnelser for hvorfor og hvordan. Dette gir muligheter for at en nybegynner kan prøve seg frem uten å vite hva som skjer, men fokusere på å være i og bruke øyeblikkets muligheter. Det er en prøving og feiling der de interaktive brudd som oppstår skaper muligheter til reparasjoner som utvider det intersubjektive feltet (Tronick, 1998). Toleransen for usikkerhet og evnen til dyp medfølelse (Mahoney, 1998) har for meg som person og terapeut blitt utviklet gjennom egenerapi. Å se fruktene av arbeidet med seg selv har vært belønnende og vist viktigheten av egenerapi. Ved å arbeide med og gi rom for egne reaksjoner på livet sammen med en terapeut kan den emosjonelle tilgjengeligheten til egne klienter øke. Egenerapi kan også gjøre en i stand til å være sine ord og terapeutiske intervensjoner bevisst i større grad (ibid.). Ved at kunnskapen integreres i terapeutens person, vil den kunne aktiveres spontant i møte med klienter (Hansen, 2012, s. 222). Betydningen av egenerapi vil diskuteres ytterligere i eget avsnitt.

Utviklingsfremmende møter med veileder var også til hjelp for å bli klar over sin kompetanse. Veileders tilbakemelding på hva hun ser gir en erfaring av å bli til som barneterapeut i samspill med en «betydningsfull annen» (Rosenberg, 1973). I løpet av terapiprosessen fikk jeg erfaringer som utfordret til å stole på seg selv som ny terapeut. Etterspørsel etter mine vurderinger fra foreldre og kollegaer var utfordrende å imøtekomme. Den fordypningen som har funnet sted i oppgavearbeidet har ført til større tro på virkningen av en intersubjektiv barneterapi. Erfaringen er at den deklorative kunnskapen (verbalisering av ferdigheter) har økt og styrket bevisstheten om prosedural kunnskap (praktiske ferdigheter) (Bennett-Levy, 2006). I møtet med barnet var den prosedurale kunnskapen nok til at samværet kunne virke

utviklingsfremmende. Veiledningen og teori har hjulpet til å finne ord til den deklorative kunnskapen slik at kompetansen også kan verbaliseres og med det utvikles videre.

## **6.2.2 Barneterapeutrollen**

### **Bli til i møte med barnet**

Før man har møtt et barn i terapi, er man ingen barneterapeut. Min opplevelse er at jeg ble til som barneterapeut i møte med Oscar, han ble en betydningsfull annen (Rosenberg, 1973) for min terapeututvikling. Hans aksept og anerkjennelse av meg som sin terapeut muliggjorde at jeg kunne tre inn i barneterapeutrollen og få en forståelse av hvordan den rollen kan være.

Oscar endret ikke bare språklig form i omtalen av gjerne-Per, men også i samtale og direkte spørsmål til sin terapeut. Han beveget seg fra å snakke i tredje person om gjerne-Per til å snakke i første person om både gjerne-Per og oss to. Det er som om Bubers ord ble virkeliggjort: “Jeg blir til ved Du`et. Idet jeg blir Jeg, sier jeg Du” (Buber, 1992, s. 13).

Terapiprosessen ledet til en direkte intersubjektiv relatering mellom et jeg og et du. Ved at barnet sier ”du”, blir terapeuten til. Barnet trer frem, og en barneterapeut trer frem.

### **Hva gjør hun egentlig?**

«I wouldn`t know how to do what she does. I don`t even know what she does. She doesn`t seem to do anything. Only all of a sudden, I`m free. Inside me, I`m free.” (Axline, 1947, s.19). Dette er ordene til en av Virginia Axline sine barneklienter. Barnet undrer seg over terapeutens rolle, og forstår ikke hva terapeuten gjør. Men barnet merker en endring i seg selv, og gir slik en tydelig tilbakemelding om at møtene med terapeuten har vært viktig.

Denne undringen bar jeg selv på underveis i terapien med Oscar. Hva gjorde jeg egentlig?

Hadde samværet med Oscar noen betydning utover her og nå? Min egen kliniske oppfatning, tilbakemeldinger fra hjem, skole og lege i tillegg til teoretisk fordypning gir meg grunn til å tro at barneterapien hadde betydning. I terapien har man ro og fokusert oppmerksomhet på barnet i omtrent en klokke time. Dette er noe annet enn hva man vil få til i både familie og skole, selv med god utviklingsstøtte og sensitivitet for hva barnet trenger. Denne type samvær blir til «møter med utviklingskraft» (Hansen, 2012). Å tenke på terapi som improvisasjonskunst (Bernstein, 2001; Jasnow, 1978) gir mening etter denne barneterapierfaringen. Kunnskap om utviklingsprinsipper anvendes i umiddelbare øyeblikk

sammen med barnet gjennom en varm, sensitiv og responsiv tilstedeværelse. Terapeuten skaper et rom der det er plass til hele mennesket. Der de ulike delene av selvet kan bli integrert til et tydelig «jeg» (Frankel, 1998; Stern, 2003).

### **6.2.3 Relasjon**

#### **En hjelpende relasjon**

Grunnleggende for utviklingen av et endrende samvær er dannelsen av en terapeutisk allianse, en hjelpende relasjon (Svendsen, 2007). Elementer i den terapeutiske relasjonen er empati, arbeidsallianse, en ubetinget positiv aktelse av klient og terapeutens personlige integritet (Norcross, 2010). Empatibegrepet rommer blant annet terapeutens sensitive evne og vilje til å forstå pasientens tanker, følelser og strev fra deres synspunkt. Den empatiske innlevelse i pasientens situasjon kommuniseres tilbake til pasient på måter som kan bli forstått og verdsatt (ibid.). Empati som terapeutens inntreden i klientens private opplevelsesverden (Rogers, 1961) er positivt knyttet til utfall av terapi (Norcross & Hill, 2004). I barneterapi formidles dette ved å bli med inn i barnets opplevelsesverden i leken. I møte med Oscar ble for eksempel kalenderarkene en måte å kommunisere en forståelse for hans opplevelsesverden. I en intersubjektiv barneterapi søkes det å aktivere utviklingsprinsipper gjennom *en lekende kreativ holdning av utviklingsempati* (Emde i Hansen, 2012, s. 159). En slik holdning gjør bruk av positive og overraskende momenter som i hendelsen da terapeuten fikk støt på sandkassa. Dette gir rom for ny utforskning og erfaring. En arbeidsallianse konsolideres gjennom enighet om mål og oppgaver for terapien (Bordin, 1979). Gjennom fastsettelse av et felles fokus for behandlingen konkretisert i kalender, får barn og terapeut et felles mål å arbeide med i tiden de skal være sammen. Dette gir mulighet for en gjensidig involvering i den hjelpende relasjon (Norcross, 2010). Erfaringen fra møte med Oscar viser hvordan et barn tydelig oppfatter og benytter mulighetene et slikt felles fokus gir. Et fokus for terapien hjelper også terapeuten til å holde et felles fokus for oppmerksomhet med barnet (Jacobsen & Svendsen, 2010).

I en hjelpende relasjon er det en som søker hjelp, og en som gir hjelp. For at hjelp skal kunne gis, må den hjelpesøkende uttrykke sitt behov og/eller hjelperen må oppfatte og være sensitiv til det hjelpesøkende barnets behov (McCluskey, 2005). McCluskey (2005) trekker parallellen mellom en terapeutisk relasjon og en tilknytningsrelasjon mellom barn og omsorgsgiver hvor



det er en som søker omsorg og en som gir omsorg (careseeking vs. caregiving). Affektiv inntoning forutsettes for at omsorgsgiver skal kunne gi en empatisk respons på barnets behov. Mennesker som kommer i terapi har ofte relasjonelle vansker knyttet til å gi uttrykk for sine behov eller har erfaringer med at deres behov ikke har blitt møtt. Dette kan ha ledet til dysfunksjonelle mestringsstrategier som har utviklet seg til å bli symptomer. Det vil være vanskelig å gi uttrykk for det man trenger dersom man ikke er vant til å få disse behovene møtt. I barneterapi vil det hjelpesøkende barnet ha en ekstra utfordring i å kommunisere sitt hjelpebehov. Da det gjennom sitt barnespråk skal kommunisere til en voksen hva det trenger. Terapeutens utfordring er å forstå barnets kommunikasjon i lys av informasjon om barnet innhentet fra foreldre, skole og ppt. I sin kommunikasjon med barnet må terapeuten holde seg innenfor barnets språk og nære utviklingssone. Avslutningen i terapien med Oscar ble et eksempel på en utfordrende kommunikasjonssituasjon for terapeuten. Det ble viktig ikke å komplisere med voksne ord. Terapeutens behov for å snakke om avslutningen syntes å være større enn barnets. Hun tonet seg derfor inn på barnets uttrykk igjen og lot barnet bearbeide temaet avslutning gjennom lek. Dette var ekstra viktig i møte med en gutt som har verbale vansker.

## **En ekte relasjon**

Relasjonen som utvikles mellom barn og terapeut har et uvanlig utgangspunkt, men det utvikles en ekte relasjon som oppleves som nær (Safran & Muran, 2000). Renik (1998) argumenterer for at relasjonen ikke er noe annerledes enn andre relasjoner bortsett fra rammene for møter mellom terapeut og klient. Gelso (2009) mener at en ekte relasjon kjennetegnes av realisme og ekthet. Den andre blir oppfattet og erfart som seg selv her og nå, og partene oppfører seg genuint som seg selv. En reell relasjon ses som forutsetning for å hjelpe (Hansen, 1996). Etter en tids bekjentskap med Oscar tok jeg meg selv i å se på de tingene jeg visste at han ville likt da jeg var i bokhandel eller lekebutikk. Nylig dukket noen av soldatfigurene opp i en filmreklame, og det ble vekket varme følelser hos terapeuten. Dette er ikke ulikt en respons man kunne fått dersom det gjaldt en annen nær relasjon. Det som blir annerledes er at partene i relasjonen har avsluttet samværet og skal ikke møtes igjen. Samværet mellom barnet og terapeuten er begrenset til et terapirom. Men relasjonen kan fortsettes ved å ha den andre i tankene (Hansen, 2012).

Et emosjonelt bånd mellom barn og terapeut er en del av Bordin (1979) sin alliansemodell. Å knytte seg til barnet blir slik en forutsetning for å hjelpe. Selv om man kan ha hverandre i tankene, vil det derfor være et emosjonelt bånd som må kuttes ved terapiens avslutning. Min erfaring er at det kan være utfordrende. Følelsesapparatet var tatt i bruk og relasjonen ble etter hvert preget av mye vitalitet. Det var trist å ta avskjed. Som ny terapeut er de emosjonelle grensene mer skjøre (Skovholt & Rønnestad, 2003), erfaringen i møte er mer unik enn etter mange års erfaring (Skovholt, 2012), man har mer tid til hver pasient og et større behov for å lykkes (Rønnestad & Skovholt, 2013). Man gir derfor kanskje mer av seg selv inn i møte med barnet enn om det var pasient nummer hundre? Nybegynnerens intense nærvær og begeistring over en ny verden kan virke positivt på utfall av terapi (Skovholt, 2012) og kan kanskje også gjøre avslutningen vanskeligere. En omsorgssyklus (cycle of caring) er utarbeidet basert på Bowlbys arbeid om tilknytning (Skovholt & Trotter-Mathison, 2013). Denne modellen beskriver fasene i utøvelsen av profesjonell omsorg. Første fase er en tilknytningsfase som følges av en aktiv involvering i det terapeutiske arbeidet. I avslutningsfasen avsluttes tilkynningsrelasjonen og man kan kjenne på separasjon. For å bli klar til å møte nye pasienter vil den neste fasen av oppladning være viktig. Denne modellen er beskrivende for min opplevelse. Min oppladning ble å gjøre bruk av egen ladestasjon blant blomster på balkongen min og bruke en kreativ metafor som trøst. Denne erfaringen gir mot til å gå inn i nye intersubjektive møter med barn, og våge å gi av seg selv på tross av at avslutningen kan bli trist.

En ekte relasjon muliggjør et svar til barnets spørsmål: "Er jeg et menneske?" Ved å bli med barnet inn i hans opplevelsesverden i lek viser man som terapeut en aksept og interesse for å forstå. Når terapeuten til og med viser at hun liker å leke med barnet, kan det kommuniseres en identifisering med og likhet med barnet. På en personlig måte formidles at man kjenner og aksepterer barnet (Frankel, 1998). Slik sies et stort ja til barnets spørsmål: «Du er et menneske som jeg, og jeg liker deg og det vi holder på med sammen.» Diagnoser kunne derimot oppleves fremmedgjørende og distanserende i relasjon. Disse ville vært med på å markere en forskjell mellom oss. På lekerommet var Oscar en helt vanlig gutt. At jeg hadde en avgrenset rolle som barneterapeut kan også ha hatt betydning for ivaretagelsen av en ekte relasjon uten forstyrrende elementer. Dersom jeg hadde vært saksansvarlig behandler og i tillegg til barneterapien hatt ansvar for utredning og/eller foreldreveiledning, kunne relasjonen til barnet ha blitt annerledes. Jeg kunne ha vært mer preget av foreldrenes bekymringer dersom jeg var foreldreveileder. Og jeg kunne blitt mer opptatt av kognitiv fungering enn utviklende

relasjonelt samvær dersom jeg også hadde administrert nevropsykologiske tester. Ikke minst kunne doble roller forstyrret barnet i sin relatering til meg. Lekerommet og vår relasjon ble bevart som et fritt rom uten prestasjonskrav. Det tror jeg var av betydning for en gutt som opplevde å ikke strekke til på mange områder.

## **6.3 Betydningsfulle forhold utenfor lekerommet**

### **Veileder**

Terapeutens oppgave er å hjelpe barnet tilbake på et godt utviklingsspor. Med seg i denne prosessen har hun en veileder som skal bidra til at terapeuten holder seg på utviklingssporet i sin utvikling som terapeut. I veiledning er både pasientens og terapeutens velbefinnende i fokus (Gilbert & Evans, 2000). Terapeuten støttes av sin veileder til å ta gode valg knyttet til videre behandling av pasient. Slik er veileder indirekte med på å forme det som skjer i terapirommet mellom barn og terapeut (Marshall, 1997). Terapeut og veileder prøver sammen å forstå barnet og hvordan det kan hjelpes videre i sin utvikling, det er slik tre perspektiver på det som skjer i terapien (Fosshage, 1997). Veiledning har vært viktig for å forstå det som skjedde i terapien og drøfte temaer knyttet til egen terapeututvikling. Veileder har bidratt med sin kunnskap og erfaring, slik at jeg har fått en utvidet erfarings- og kunnskapsbase å forstå terapien ut ifra. Veiledningen har fungert som et refleksivt rom (Gilbert & Evans, 2000) hvor jeg kunne reflektere rundt arbeidet mitt og finne nye meninger og ny innsikt. Nye erfaringer kan være vanskelig å finne ord for og veileder kan bidra til å finne ord i en bevisstgjøringsprosess av det opplevde (Safran & Muran, 2000; Stern, 1997). Veileder har også gitt råd om relevant teori som kunne belyse prosessen. På denne måten kan man se det slik at det fant sted en triangulering mellom de terapeutiske møtene med barnet, veiledermøter og relevant teori som bidro til ny og utvidet forståelse (Marshall, 1997). Se figur 2.

Klipp fra videoopptak ble brukt i veiledning slik at jeg også fikk veileders blikk på deler av møtene. Dette har vært viktig for å få bekreftet mine fornemmelser, gitt meg mulighet til å undre meg sammen med og fått inn nye utvidende perspektiver på hva som skjedde. Terapien med Oscar var noe som engasjerte meg og som jeg gledet meg til. Som fersk i faget var behovet for å dele hva jeg holdt på med stort. Å vise opptak og slik dele mitt prosjekt med veileder hadde en verdi i seg selv. Dette gav meg opplevelsen av felles oppmerksomhet og et intersubjektivt rom. Forskning viser at veileder kan ha betydning for terapeutisk orientering

(Buckman & Barker, 2010). I mitt tilfelle overensstemte veileders teoretiske orientering med min interesse. For meg som student var det et stort øyeblikk da veileder første gang i veiledningen brukte ordene om oss to: «vi som er opptatt av det intersubjektive».

Nybegynnerterapeuter kan ha en tendens til å imitere sine rollemodeller (Rønnestad & Skovholt, 2013). Denne tendensen kunne nok jeg også merke. Veileder adresserte dette i veiledningen og gav rom til å reflektere rundt hvordan jeg kunne finne min egen måte å være terapeut på og hverken kopiere henne eller andre terapeuter jeg hadde sett i aksjon. Denne selvrefleksjonen sammen med veileder ble et samspill hvor teori og erfaringer kunne integreres i et profesjonelt selv (Schibbye, 1999).

### **Et miljø med rom for famling**

Miljøet på poliklinikken der jeg var i hovedpraksis var også av betydning for min terapeututvikling. Det var flere gode rollemodeller som våget å la meg være observatør til også det som ble omtalt som famling. Selv om man har mye kompetanse på et felt, ble det tydelig at hvordan for eksempel en tilbakemelding på utredning skulle gis ble til i møte med hver enkelt pasient og familie. Det kunne ikke skrives et ferdig manuskript for hva som skulle skje. Terapi ble vist frem som en prosess preget av usikkerhet og tvetydighet (Rønnestad & Skovholt, 2013), det finnes ingen standardprosedyre som ser lik ut for alle terapeuter og pasienter. Mye av terapeutvirket handler om improvisasjon. Som terapeut må man derfor ha en toleranse for usikkerhet og mangel på kontroll på terapiprosessen (Safran & Muran, 2000). Rollemodeller på klinikken vektla også at de var forskjellige som terapeuter og kunne gå frem på ulike måter i samme type sak. De vektla at det var viktig å prøve seg frem til en måte som fungerer for deg som person. Styrkene ved å være studentterapeut ble jeg også oppmuntret på, og arbeidet mitt og kvaliteten på det ble anerkjent og verdsatt. Det betydde mye. Betydningen av informasjon om terapi som en usikker og tvetydig prosess vektlegges i litteratur om studenters terapeututvikling (Nielsen et al., 2009; Pica, 1998). Slik informasjon kan være med å justere forventninger til yrket og redusere prestasjonsangst (Skovholt & Rønnestad, 2003). Å se at erfarne terapeuter også kan kjenne på nervøsitet og usikkerhet foran yrkets oppgaver bidrar til å menneskeliggjøre yrket.

## Terapi for terapeuten

Det er et krevende arbeid å møte lidelse, terapeuten trenger derfor å ta godt vare på seg selv for å unngå utbrenthet (Skovholt & Trotter-Mathison, 2013). Egenterapi kan være en del av dette. Orlinsky et. al (2005, s. 227) påpeker i boka "The psychotherapist's own psychotherapy": "No adult emerges from childhood without bearing some kind of emotional scar". Dette anses av forfatterne å være den viktigste grunn til terapi for terapeuten. Da psykoterapeuter skal bruke seg selv som verktøy til å hjelpe andre med sine emosjonelle arr, vil det være av betydning at man håndterer seg selv og sin historie (Orlinsky, Norcross, Rønnestad, & Wiseman, 2005). Terapeuter må forstå og håndtere sitt pasient-selv, det indre barnet (Bonovitz, 2009; Orlinsky et al., 2005). Slik kan egen historie og opplevde sår bli til en ressurs i møte med andre sårede mennesker, man kan være sitt budskap i større grad (Mahoney, 1998; Pipher, 2003). Begrepet "sårede hjelpere" (wounded healers) stammer fra Jungs arketypetenkning og rommer en tanke om at helperens sår kan bli til legende kraft for den hjelpesøkende dersom helperen selv har mottatt hjelp med sine sår først (Zerubavel & Wright, 2012). Ved bevisstgjøring og refleksjon over eget liv, kan man utvikle evnen til trygg tilknytning og kapasitet til å være en emosjonelt tilgjengelig terapeut (Halpern, 2003). Egenterapi kan representere en bevisstgjøring av egne reaksjoner, en øvelse i selvrefleksjon og tilstedeværelse; noe som bidrar til å unngå motoverføring/selektiv inntoning (Aveline, 2005). Slik vil evnen til subjekt-subjekt-relatering fremmes (Haumann, 2004) og kapasitet til sensitiv responsivitet og deling av oppmerksomhet med pasienten utvikles (Svendsen, 2007). En tydeligere fornemmelse av seg selv blir et grunnlag for å bry seg om og hjelpe andre (Stambaugh, 1972, s. viii). Å kjenne sitt personlige selv, vil kanskje også gjøre det lettere å finne sitt profesjonelle selv?

Denne litteraturen utfordrer utdanningsinstitusjoner til å legge til rette for og veilede studenter til å nyttiggjøre seg egenterapi som del av en utviklingsprosess som terapeut. Når jeg nå ser tilbake på studietiden, anser jeg egenterapi som det viktigste og mest utfordrende i min psykologutdanning. Det å få et eget rom til å sette ord på egne opplevelser har vært viktig for å bli bevisst min historie og mine reaksjoner, sette ord på det opplevde. Erfaringen gjør, slik jeg ser det, at jeg kan anerkjenne pasienters innsats i terapi som hardt arbeid. En sensitivitet og respekt for pasienters strev er en mekanisme som anses å fremme det kliniske arbeidet (Geller, Norcross, & Orlinsky, 2005).

## 6.4 Avsluttende betraktninger

I denne oppgaven har jeg forsøkt å gi et innblikk i den verden som ble skapt da et barn og en terapeut møttes. Dersom jeg skulle gjort undersøkelsen på nytt eller over et lengre tidsrom kunne ny forståelse tredd frem. Forståelsen som beskrives og diskuteres her er kun et utsnitt fra det som skjedde i løpet av denne barneterapien. Men i rammene av undersøkelsen måtte noen hendelser velges og andre forbli mellom Oscar og terapeuten. Det er vanskelig å fange de umiddelbare øyeblikkene i ord. Språkets begrensninger blir tydelig, noe går tapt når man forsøker å beskrive en subjektiv opplevelsesverden (Kennedy, 1997). Beskrivelser av hendelser kan ha blitt upresise og mindre opplevelsesnære enn de levde øyeblikk. Det er vanskelig å oppsummere en slik prosess og dens betydning. Kanskje forstås den best ved å lese historiene om gærne-Per, Oscar og terapeuten i sin helhet (Flyvbjerg, 2006). Lesere vil kunne komme frem til andre forståelser og tolkninger av det som er beskrevet, denne oppgaven representerer mitt perspektiv.

Undersøkelsen ble igangsatt av et engasjement og interesse for terapeutisk lek i barneterapi. Engasjementet har økt og ført til entusiasme og glede over faget. Jeg har innsett at jeg ikke rekker å lese all spennende litteratur om feltet før studietiden er over, det er mye igjen å lære (jfr. Rønnestad & Skovholt, 2013, s. 71). Litteraturen om terapeututvikling anbefaler en livslang læringsprosess (Rønnestad & Skovholt, 2013; Norcross & Guy, 2007) så jeg beroliger meg selv med at jeg har mange år på å utvide min kunnskaps- og erfaringsbase. Arbeidet med oppgaven har vært lærerikt og utviklende, viktig for min utvikling av et profesjonelt selv og kliniske selvtillit. I intersubjektiv barneterapi er et mål at barnet skal integrere terapeutens stemme i sitt indre og bruke det i selvsnakk (self-talk); en måte å ha hverandre i tankene etter terapiens slutt (Hansen, 2012). Om barnet tenker på meg, vet jeg ikke. Men Oscar er i mine tanker og barnets ord og uttrykksmåte har fulgt meg som terapeutens selvsnakk i skriveprosessen. Møtene med Oscar har satt spor og utviklet meg (jfr. Tronick, 1998; Skovholt, 2012). Jeg er takknemlig for at jeg fikk være Oscars terapeut.

Denne kasusundersøkelsen sier noe om hva som var betydningsfullt for utviklingen av en terapeutisk relasjon og terapeutens utvikling i løpet av denne terapiprosessen. Hver terapi vil behøve å være ny og responsiv til den enkelte pasient (Norcross & Wampold, 2011), og hver terapeut må finne sin personlige stil å levere terapien på (Norcross & Hill, 2004; Olsson, 1997). For at undersøkelsen også skal kunne ha relevans utover akkurat denne klient-terapeut-

dyaden er det brukt begreper fra litteratur om terapeututvikling og behandlingsforskning for å styrke reliabilitet og validitet (Morse, 2002). Slik kan denne undersøkelsen supplere og validere kunnskap fremkommet i andre studier av terapeututvikling. Blant studier som er anbefalt i videre studier av terapeututvikling er nettopp undersøkelser på kasus- og timenivå (Orlinsky & Rønnestad, 2005). Ut ifra et falsifiseringsprinsipp er alle svaner hvite til man finner en som ikke er det (Popper, 2002). Denne undersøkelsen kan med denne metaforen ses som en hvit svane; en støtte til annen empiri og teori som vektlegger terapeutens betydning for terapiprosessen (Flyvbjerg, 2006). Mitt håp er at det vil bli gjort flere studier av barneterapeuters utvikling. Da vil man ha mulighet til å gjøre endringer i utdannelsen som kan fremme en positiv terapeututvikling. Slik vil man også kunne gi et bedre behandlingstilbud til barna vi skal hjelpe. Det er de det handler om.





# Litteraturliste

- Ackerman, Steven J., & Hilsenroth, Mark J. (2003). A review of therapist characteristics and techniques positively impacting the therapeutic alliance. *Clinical Psychology Review*, 23(1), 1-33. doi: 10.1016/S0272-7358(02)00146-0
- Adelson, M. J. (1995). Clinical supervision of therapists with difficult-to-treat patients. *Bulletin of the Menninger Clinic*, 59(1), 32-52.
- Ainsworth, Mary S. (1979). Infant–mother attachment. *American Psychologist*, 34(10), 932-937. doi: 10.1037/0003-066X.34.10.932
- Alvarez, Anne. (1983). Problems in the use of the counter-transference: Getting it across. *Journal of Child Psychotherapy*, 9(1), 7-23. doi: 10.1080/00754178308256773
- Aron, Lewis. (1996). *A meeting of minds: mutuality in psychoanalysis*. Hillsdale, N.J.: Analytic Press.
- Association, American Psychological. (2010). *Publication manual of the American Psychological Association* (6 utg.). Washington: American Psychological Association.
- Atwood, George E., & Stolorow, Robert D. (1984). *Structures of subjectivity: explorations in psychoanalytic phenomenology*. Hillsdale, N. J.: Analytic Press.
- Aveline, Mark. (2005). The Person of the Therapist. *Psychotherapy Research*, 15(3), 155-164. doi: 10.1080/10503300500090902
- Axline, Virginia M. (1947). *Play therapy: the inner dynamics of childhood*. Boston: Houghton Mifflin Company.
- Backe-Hansen, Elisabeth (2002). Fagetikk og forskning. I H. Øvreeide (Red.), *Fagetikk i psykologisk arbeid*. Kristiansand: Høyskoleforlaget AS.
- Benjamin. (1990). An outline of intersubjectivity: The development of recognition. *Psychoanalytic psychology*, 7(Suppl), 33-46. doi: 10.1037/h0085258
- Bennett-Levy, James. (2006). Therapist skills: A cognitive model of their acquisition and refinement. *Behavioural and cognitive psychotherapy*, 34(1), 57-78. doi: 10.1017/S1352465805002420
- Bernstein, A. (2001). Psychotherapy as a performing art: The role of therapeutic style. *Modern psychoanalysis*, 26(2), 183-190.
- Binder, P. E., & Holgersen, H. . (2008). Den håpefulle utprøving: Kasusformulering og vekstbefordrende samhandling i lys av kontroll-mestringsteori. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 45(8), 958-968.
- Bischoff, R. J. (1997). Themes in therapist development during the first three months of clinical experience. *Contemporary family therapy*, 19(4), 563. doi: 10.1023/A:1026139206638
- Bischoff, R. J., & Barton, M. (2002). The pathway toward clinical self confidence. *The American journal of family therapy*, 30(3), 231. doi: 10.1080/019261802753577557
- Blomèn, B. . (2012). Aktøren som vokste frem. I B. Svendsen, U. T. Johns, H. Brautaset & I. Egebjerg (Red.), *Utviklingsrettet intersubjektiv psykoterapi med barn og unge* (s. 132-152). Oslo: Fagbokforlaget.
- Bonovitz, C. (2009). Countertransference in child psychoanalytic psychotherapy. The emergence of the analyst's childhood. *Psychoanalytic Psychology*, 26(3), 235-245. doi: 10.1037/a0016445
- Bordin, Edward. (1979). The generalizability of the psychoanalytic concept of the working alliance. *Psychotherapy: theory, research and practice*, 16(3), 252-260. doi: 10.1037/h0085885
- Braun, Virginia, & Clarke, Victoria. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3(2), 77-101. doi: 10.1191/1478088706qp063oa

- Brautaset, H., Egebjerg, I., & Johns, U. T. (2012). Terapeututvikling. Utvikling av sensitivitet og oppmerksomt nærvær i det terapeutiske møte. I B. Svendsen, U. T. Johns, H. Brautaset & I. Egebjerg (Red.), *Utviklingsrettet intersubjektiv psykoterapi med barn og unge* (s. 229-254). Bergen: Fagbokforlaget.
- Brinson, J. (1997). Reach out and touch someone. I J. Kottler (Red.), *Finding your way as a counselor* (s. 165-167). Alexandria, VA: American Counseling Association Press.
- Buber, Martin. (1992). *Jeg og du*. Oslo: Cappelen.
- Buckman, J. R., & Barker, C. . (2010). Therapeutic orientation preferences in trainee clinical psychologists: Personality or training? *Psychotherapy research*, 20(3), 247-258. doi: 10.1080/10503300903352693
- Carlberg, Gunnar. (1997). Laughter opens the door: Turning points in child psychotherapy. *Journal of Child Psychotherapy*, 23(3), 331-349. doi: 10.1080/00754179708254556
- Carr, Alan. (2006). *The Handbook of Child and Adolescent Clinical Psychology* (2. utg.). New York: Routledge.
- Chambless, Dianne L., Crits-Christoph, Paul, Wampold, Bruce E., Norcross, John C., Lambert, Michael J., Bohart, Arthur C., . . . Johannsen, Brynne E. . (2006 ). What Should Be Validated? . I J. C. E. B. Norcross, Larry E. (Ed); Levant, Ronald F. (Ed (Red.), *Evidence-based practices in mental health: Debate and dialogue on the fundamental questions* (s. 191-256). Washington, DC, US: American Psychological Association.
- Christie, Synne Ekren (2012). "En blomst med muskler" - å gjenvinne egen påvirkningskraft gjennom intersubjektiv lek. I B. Svendsen, U. T. Johns, H. Brautaset & I. Egebjerg (Red.), *Utviklingsrettet intersubjektiv psykoterapi med barn og unge* (s. 108-131). Oslo Fagbokforlaget.
- Cleve, Elisabeth. (2005). *En stor og en liten er borte : kriseterapi med en to år gammel gutt*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Conway, M. A., & Holmes, E. A. (2005). Autobiographical memory and the working self. I N. Braisby & A. Gellatly (Red.), *Cognitive psychology* (s. 507-543). New York: Oxford University Press Inc.
- Crenshaw, D. A., & Seymour, J. W. (2009). The Resounding Sounds of Silence in Play Therapy. *Play Therapy*, March, 12-14.
- Eggbeer, Linda, Mann, Tammy, L., & Seibel, Nancy L. (2007). Reflective supervision. Past, present and future. *Zero to three*, November, 5-9.
- Ellwein, M. C., Grace, M. E., & Comfort, R. E. . (1990). Talking about instruction: Student teacher's reflections on success and failure in the classroom. *Journal of Teacher Education*, 41(4), 3-14. doi: 10.1177/002248719004100502
- Emde, Robert N. (2006). Mobilizing fundamental modes of development: Empathic availability and therapeutic action. I A. M. Cooper (Red.), *Contemporary psychoanalysis in America. Leading analysts present their work*. (s. 137-162). Arlington, VA: American psychiatric publishing Inc.
- Evans, Ken, & Finlay, Linda. (2009). *Relational-centred research for psychotherapists: exploring meanings and experience*. Chichester: Wiley-Blackwell.
- Finlay, Linda. (2003a). The reflexive journey: mapping multiple routes. I L. Finlay & B. Gough (Red.), *Reflexivity: a practical guide for researchers in health and social sciences* (s. 3-20). Oxford: Blackwell Science Ltd.
- Finlay, Linda. (2003b). Through the looking glass: intersubjectivity and hermeneutic reflection. I L. Finlay & B. Gough (Red.), *Reflexivity: a practical guide for researchers in health and social sciences* (s. 105-119). Oxford: Blackwell Science Ltd.

- Finlay, Linda, & Madill, Anna. (2009). Analysis of data. I L. Finlay & K. Evans (Red.), *Relational-centred research for psychotherapists-exploring meanings and experience* (s. 145-158). West Sussex: Wiley-Blackwell.
- Flyvbjerg, Bent. (2006). Five Misunderstandings About Case-Study Research. *Qualitative Inquiry*, 12(2), 219-245. doi: 10.1177/1077800405284363
- Fonagy, Peter. (2004). *Affect regulation, mentalization, and the development of the self*. London: Karnac.
- Fonagy, Peter, & Target, Mary. (1996). Playing with reality: I. Theory of mind and the normal development of psychic reality. *The International Journal of Psychoanalysis*, 77(2), 217-233. Hentet fra: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/8771375>
- Fonagy, Peter, & Target, Mary. (1996). Playing with reality: II. The development of psychic reality from a theoretical perspective. *The International Journal of Psychoanalysis*, 77, 459-479. Hentet fra: <http://casediscussiongroup.wikispaces.com/file/view/Playing+With+Reality+1-7.pdf>
- Fosshage, James L. (1997). Toward a Model of Psychoanalytic Supervision from a Self-Psychological/Intersubjective Perspective. I M. H. Rock (Red.), *Psychodynamic Supervision - Perspectives of the Supervisor and the Supervisee*. Northvale, New Jersey: Jason Aronson Inc.
- Frankel, Jay B. (1998). The play's the thing how the essential processes of therapy are seen most clearly in child therapy. *Psychoanalytic Dialogues*, 8(1), 149-182. doi: 10.1080/10481889809539237
- Freud, S. (1958). The dynamics of transference. I J. Strachey (Red.), *The standard edition of the complete psychological works of Sigmund Freud* (Vol. 12, s. 97-108). London: Hogarth Press.
- Furr, S. R. (2003). Critical incidents in student counselor development. *Journal of counseling and development*, 81(4), 483. doi: 10.1002/j.1556-6678.2003.tb00275.x
- Gadamer, Hans-Georg. (1989). *Truth and method*. London: Sheed & Ward.
- Geller, Jesse D. (2005). My Experience of Patient in Five Psychoanalytic Psychotherapies. I J. D. Geller, J. C. Norcross & D. E. Orlinsky (Red.), *The Psychotherapist's own psychotherapy : patient and clinician perspectives* (s. 81-97). New York: Oxford University Press
- Geller, Jesse D., Norcross, John C., & Orlinsky, David E. (2005 ). The question of personal therapy: Introduction and prospectus. I J. D. Geller, J. C. Norcross & D. E. Orlinsky (Red.), *The Psychotherapist's own psychotherapy : patient and clinician perspectives / edited by* (s. 3-14). New York Oxford University Press
- Gelso, Charles. (2009). The real relationship in a postmodern world: Theoretical and empirical explorations. *Psychotherapy research*, 19(3), 253. doi: 10.1080/10503300802389242
- Gil, Eliana, & Rubin, Lawrence. (2005). Countertransference play: Informing and enhancing therapist self-awareness through play. *International Journal of Play Therapy*, 14(2), 87-102. doi: 10.1037/h0088904
- Gilbert, Kathleen R. (2001). *The Emotional nature of qualitative research*. Boca Raton, Fla.: CRC Press.
- Gilbert, Maria, & Evans, Kenneth. (2000). *Psychotherapy supervision: an integrative relational approach to psychotherapy supervision*. Philadelphia, PA: Open University Press.
- Goldfried, M. R., & Davila, J. . (2005). The role of relationship and technique in therapeutic change. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 42(4), 421-430. doi: 10.1037/0033-3204.42.4.421

- Goldfried, Marvin R. (2009). Searching for therapy change principles: Are we there yet? *Applied and Preventive Psychology*, 13(1–4), 32–34. doi: 10.1016/j.appsy.2009.10.013
- Habermas, Jürgen. (1978). *Knowledge and human interests*. London: Heinemann.
- Halpern. (2003). The capacity to be an analyst: A contribution from attachment research to the study of candidate selection. *International Journal of Psychoanalysis*, 84(6), 1605–1622. doi: 10.1516/KXJV-LR14-HL50-00GN
- Hansen, Bjørg Røed. (1996). Den affektive dialogen i psykoterapi med barn. I M. Kjær (Red.), *Skjønner du? Kommunikasjon med barn* (s. 79–96). Oslo: Kommuneforlaget.
- Hansen, Bjørg Røed. (2011). Møte med barnet. Klinisk intervjuing av barn i et intersubjektivt perspektiv. I A. von der Lippe & M. H. Rønnestad (Red.), *Det kliniske intervjuet. Bind II : praksis med ulike klientgrupper* (s. 94–132). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Hansen, Bjørg Røed. (2012). *I dialog med barnet - Intersubjektivitet i utvikling og psykoterapi*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Hansen, T. I., Svendsen, B., & Hagen, R. . (2010). Studentterapeuters bekymringer og opplevelse av profesjonsstudiet. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 47(6), 505–510.
- Hart, Susan. (2011). *Neuroaffektiv psykoterapi med børn*. København: Hans Reitzel.
- Hartmann, Ellen. (2008). Pasienten som veiviser i det terapeutiske terreng. I E. D. Axelsen & E. Hartmann (Red.), *Veier til forandring: virksomme faktorer i psykoterapi* (s. 175–199). Oslo: Cappelen Akademisk Forlag.
- Haugvik, M. (2012). Structured parallel therapy with parents in time-limited psychotherapy with children experiencing difficult family situations. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*. doi: 10.1177/1359104512460859
- Haugvik, M., & Johns, U. (2006). The significance of shared focus in time-limited psychotherapy with children: A qualitative study of psychotherapy with children from difficult families. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 43(1), 19–29.
- Haugvik, M., & Johns, U. (2008). Facets of Structure and Adaptation: A Qualitative Study of Time-limited Psychotherapy with Children Experiencing Difficult Family Situations. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 13(2), 235–252. doi: 10.1177/1359104507088345
- Haumann, H. J. (2004). *An intersubjective perspective on the role of personal therapy in being a psychotherapist*. (Ph.D. ), Rhodes university, SA: Rhodes. Hentet fra <http://eprints.ru.ac.za/203/1/HaumannPTherapy.pdf>
- Hayes, Jeffrey. (2011). Managing countertransference. *Psychotherapy: theory, research and practice*, 48(1), 88–97. doi: 10.1037/a0022182
- Helseforskningsloven. (2008). Lov om medisinsk og helsefaglig forskning. Hentet fra: <http://www.lovdata.no/all/hl-20080620-044.html>
- Hill, Clara. (2007). Becoming psychotherapists: Experiences of novice trainees in a beginning graduate class. *Psychotherapy: theory, research and practice*, 44(4), 434–449. doi: 10.1037/0033-3204.44.4.434
- Holgersen, H. (1998). Lekeobservasjon. Noen betraktninger med utgangspunkt i Winnicotts begrep "potensielt rom". *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 35, 16–21.
- Hundeide, Karsten. (2003). *Barns livsverden : sosiokulturelle rammer for barns utvikling*. Oslo: Cappelen akademisk forl.
- Jacobsen, Karl, & Svendsen, Birgit. (2010). *Emosjonsregulering og oppmerksomhet : grunnfenomener i terapi med barn og unge*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Jasnow, Alexander. (1978). The psychotherapist - artist and/or scientist? *Psychotherapy: theory, research and practice*, 15(4), 318–322. doi: 10.1037/h0086021

- Jennings, Len. (1999). The cognitive, emotional, and relational characteristics of master therapists. *Journal of counseling psychology*, 46(1), 3-11. doi: 10.1037/0022-0167.46.1.3
- Johns, U. T. (2008). Å bruke tiden - hva betyr egentlig det? Tid og relasjon - et intersubjektivt perspektiv. *Skriftserie fra Senter for musikk og helse*, 3.
- Johns, Unni Tanum, & Svendsen, Birgit. (2012). Utviklingsrettet intersubjektiv terapi med barn. I B. Svendsen, U. T. Johns, H. Brautaset & I. Egebjerg (Red.), *Utviklingsrettet intersubjektiv psykoterapi med barn og unge* (s. 35-73). Oslo: Fagbokforlaget.
- Kennedy. (1997). On subjective organizations: Toward a theory of subject relations. *Psychoanalytic dialogues*, 7(5), 553-581. doi: 10.1080/10481889709539205
- Kvale, Steinar. (2007). *Doing interviews* (Vol. 2). London: SAGE.
- Lambert, M. J., & Ogles, B. M. . (2004). The Efficacy and Effectiveness of Psychotherapy. I M. J. Lambert (Red.), *Bergin and Garfield's Handbook of Psychotherapy and Behavior Change* (5. utg., s. 139-193). New York: Wiley & Sons.
- Lambert, Michael J. (1989). The individual therapist's contribution to psychotherapy process and outcome. *Clinical Psychology Review*, 9(4), 469-485. doi: 10.1016/0272-7358(89)90004-4
- Lapadat, Judith C., & Lindsay, Anne C. (1999). Transcription in Research and Practice: From Standardization of Technique to Interpretive Positionings. *Qualitative Inquiry*, 5(1), 64-86. doi: 10.1177/107780049900500104
- Levant, R. F. . (2005). *Report of the 2005 Presidential task force on evidence-based practice*. Washington, DC.
- Linden, Julie H. (2003). Playful Metaphors. *American Journal of Clinical Hypnosis*, 45(3), 245-250. doi: 10.1080/00029157.2003.10403530
- Lonergan, Beth A. , O'Halloran, M. Sean, & Crane, Susan C. M. . (2004). The Development of the Trauma Therapist: A Qualitative Study of the Child Therapist's Perspectives and Experiences. *Brief Treatment and Crisis Intervention*, 4 (4), 353-366. doi: 10.1093/brief-treatment/mhh027
- Lyons Ruth, Karlen. (1998). Implicit relational knowing: Its role in development and psychoanalytic treatment. *Infant mental health journal*, 19(3), 282-289. doi: 10.1002/(SICI)1097-0355(199823)19:3<282::AID-IMHJ3>3.0.CO;2-O
- Mahoney, Michael J. (1998). Essential Themes in the Training of Psychotherapists. *Psychotherapy in Private Practice*, 17(1), 43-59. doi: 10.1300/J294v17n01\_05
- Malterud, K. (1993). Shared Understanding of the Qualitative Research Process. Guidelines for the Medical Researcher. *Family Practice*, 10(2), 201-206. doi: 10.1093/fampra/10.2.201
- Malterud, K. (2011). *Kvalitative metoder i medisinsk forskning - en innføring*. 3.utgave. Oslo: Universitetsforlaget
- Marshall, Robert J. (1997). The Interactional Triad in Supervision. I M. H. Rock (Red.), *Psychodynamic Supervision - Perspectives of the Supervisor and the Supervisee*. Northvale, New Jersey: Jason Aronson Inc.
- McCluskey, Una. (2005). *To be met as a person: the dynamics of attachment in professional encounters*. London: Karnac.
- McLeod, John. (2001). *Qualitative research in counselling and psychotherapy*. London: Sage.
- McMahon, Linnet. (1992). *The handbook of play therapy*. London: Routledge.
- Moltu, C., Binder, P. E., & Stige, B. . (2012). Collaborating with the client: Skilled psychotherapists' experiences of the client's agency as a premise for their own contribution in difficult therapies ending well. *Journal of Psychotherapy Integration*, 22(2), 85-108. doi: 10.1037/a0028010

- Morse, Janice M. (2002). Theory Innocent or Theory Smart? *Qualitative Health Research*, 12(3), 295-296. doi: 10.1177/104973202129119883
- Nevas, D. B. (2001). Parents' attitudes toward their child's therapist and therapy. *Professional psychology, research and practice*, 32(2), 165. doi: 10.1037/0735-7028.32.2.165
- Nielsen, Geir Høstmark, Vøllestad, Jon, Schanche, E., & Nielsen, Morten Birkeland. (2009). Får jeg det til? En kartlegging av studentterapeuters bekymringer. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 46, 240-245.
- Nissen-Lie, Helene A. (2011). *Psychotherapists' self-perceptions: their relationship to the processes and outcomes of psychotherapy* (Vol. no. 303). Oslo: Unipub.
- Nissen-Lie, Helene A., Monsen, Jon Trygve, & Rønnestad, Michael H. (2010). Therapist predictors of early patient-rated working alliance: A multilevel approach. *Psychotherapy research*, 20(6), 627-646. doi: 10.1080/10503307.2010.497633
- Norcross, John. (2010). The therapeutic relationship. I B. L. Duncan, S. D. Miller, B. E. Wampold & M. A. Hubble (Red.), *The heart and soul of change : delivering what works in therapy* (s. 113-141). Washington, DC, US: American Psychological Association.
- Norcross, John C., & Guy, James D. (2007). *Leaving it at the office: a guide to psychotherapist self-care*. New York: Guilford Press.
- Norcross, John C., & Hill, Clara E. (2004). Empirically supported therapy relationships. *The clinical psychologist*, 57(3).
- Norcross, John C., & Wampold, Bruce E. (2011). What works for whom: Tailoring psychotherapy to the person. *Journal of Clinical Psychology*, 67(2), 127-132. doi: 10.1002/jclp.20764
- Oddli, Hanne Weie. (2012). Hvordan erfarne terapeuter integrerer metoder og teknikker i det innledende alliansearbeidet: Improvisasjon og implisitte forhandlinger. *Mellanrummet - tidsskrift om barn- og ungdomspsykoterapi*, 27, 66-70.
- Ogden, P., & Minton, K. . (2000). Sensorimotor psychotherapy: One method for processing trauma. *Traumatology*, 6, 149-173. doi: 10.1177/153476560000600302
- Olsson, Gudrun. (1997). Terapeutelevers svårigheter. Att vara sig själv och att vara avskild. *Socialvetenskaplig tidskrift*, 97(1), 64-82.
- Orlinsky, D. E., & Rønnestad, M. H. (2005). Research implications: Ongoing and future studies. I D. E. Orlinsky & M. H. Rønnestad (Red.), *How psychotherapists develop. A study of therapeutic work and professional growth* (s. 203-207). Washington, DC: American Psychological Association.
- Orlinsky, D. E., Rønnestad, M. H., & Willutzki, U. . (2004). Fifty years of psychotherapy process-outcomes research: Continuity and change. I M. J. Lambert (Red.), *Bergin and Garfield's Handbook of Psychotherapy and Behavior Change* (s. 307-393). New York: Wiley.
- Orlinsky, David E., Norcross, John C., Rønnestad, Michael H., & Wiseman, Hadas. (2005). Outcomes and Impacts of the Psychotherapists' Own Psychotherapy: A Research Review. I J. D. Geller, J. C. Norcross & D. E. Orlinsky (Red.), *The Psychotherapist's own psychotherapy : patient and clinician perspectives* (s. 214-230). New York: Oxford University Press.
- Pasient- og brukerrettighetsloven. (1999). Lov om pasient- og brukerrettigheter. Hentet fra: <http://www.lovdato.no/all/nl-19990702-063.html>
- Pica, Michael. (1998). The ambiguous nature of clinical training and its impact on the development of student clinicians. *Psychotherapy: theory, research and practice*, 35(3), 361-365. doi: 10.1037/h0087840
- Pipher, Mary. (2003). *Letters to a Young Therapist: Stories of Hope and Healing*. New York, NY: Basic Books.

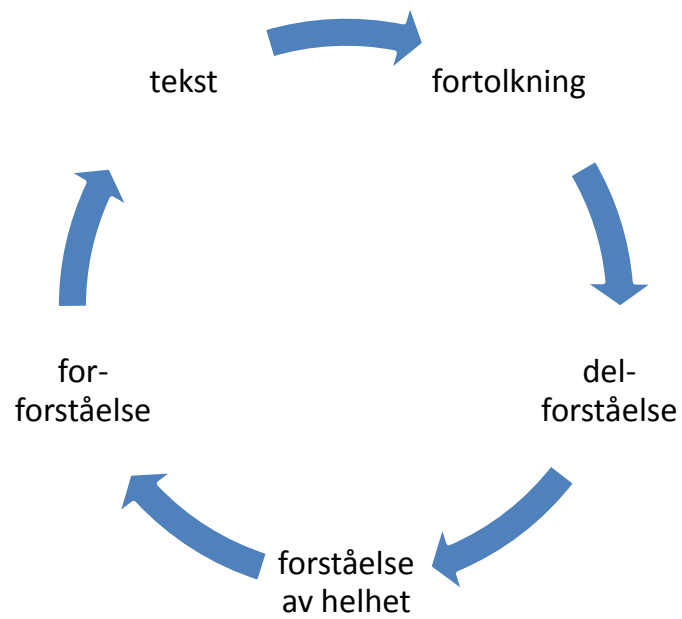
- Poland, Blake D. (1995). Transcription Quality as an Aspect of Rigor in Qualitative Research. *Qualitative Inquiry*, 1(3), 290-310. doi: 10.1177/107780049500100302
- Popper, Karl. (2002). *The logic of scientific discovery*. London: Routledge.
- Psykologforening, Norsk. (2007). Prinsipperklæring om evidensbasert psykologisk praksis. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 44(9), 1127-1128.
- Rosenberg, Morris. (1973). Which Significant Others? *American Behavioral Scientist*, 16(6), 829-860. doi: 10.1177/000276427301600603
- Russ, Sandra Walker. (2004). *Play in child development and psychotherapy: toward empirically supported practice*. Mahwah, N.J.: Lawrence Erlbaum.
- Rutter, Michael. (2008). *Rutter's child and adolescent psychiatry*. Oxford: Blackwell Publ.
- Rutter, Michael, & Taylor, Eric. (2008). Clinical Assessment and Diagnosis. I M. Rutter, D. Bishop, D. Pine, S. Scott, J. Stevenson, E. Taylor & A. Thapar (Red.), *Rutter's Child and Adolescent Psychiatry*. Oxford: Wiley-Blackwell.
- Rønnestad, Michael Helge. (2008). Evidensbasert praksis i psykologi. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 45(4), 444-454.
- Rønnestad, Michael Helge, & Skovholt, Thomas M. (2013). *The developing practitioner : growth and stagnation of therapists and counselors*. New York: Routledge.
- Safran, J. D., Muran, J. C., & Eubanks-Carter, C. (2011). Repairing alliance ruptures. *Psychotherapy (Chic)*, 48(1), 80-87. doi: 10.1037/a0022140
- Safran, Jeremy D., & Muran, J. Christopher. (2000). *Negotiating the therapeutic alliance : a relational treatment guide*. New York: Guilford Press.
- Sameroff, Arnold J. (2009). The transactional model. I A. J. Sameroff (Red.), *The transactional model of development : how children and contexts shape each other* (s. 3-21). Washington, DC, : American Psychological Association.
- Sandelowski, Margarete. (1996). One is the liveliest number: The case orientation of qualitative research. *Research in Nursing & Health*, 19(6), 525-529. doi: 10.1002/(SICI)1098-240X(199612)19:6<525::AID-NUR8>3.0.CO;2-Q
- Sartre, Jean-Paul. (1969). *Being and nothingness: an essay on phenomenological ontology*. London: Methuen.
- Schaefer, Charles E. (1993). *The therapeutic powers of play*. London: Jason Aronson.
- Schibbye, Anne Lise Løvlie. (1999). Utvikling av personlig og teoretisk refleksivitet: om studenters utdannelse i psykoterapi. I M. H. Rønnestad & S. Reichelt (Red.), *Psykoterapiveiledning* (s. 103-127). Oslo: Tano Aschehoug.
- Schibbye, Anne Lise Løvlie. (2004). Hva sier jeg til klienten i psykoterapi - Noen sammenhenger mellom et filosofisk grunnsyn, relasjonsteori og vårt terapeutiske språk. *Impuls*, 2.
- Seale, Clive. (1999). *The quality of qualitative research*. London: SAGE.
- Shirk, S. R., & Karver, M. S. (2011). Alliance in child and adolescent psychotherapy. I J. Norcross (Red.), *Psychotherapy relationships that work: Evidence-based responsiveness*. New York: Oxford university press.
- Siegler, R., DeLoache, J., & Eisenberg, N. (2011). *How children develop*. New York: Worth Publishers.
- Skovholt, Thomas M. . (2012). *Becoming a therapist: on the path to mastery*. Hoboken, N.Y.: John Wiley.
- Skovholt, Thomas M. , & Trotter-Mathison, Michelle. (2013). Therapist professional resilience. I M. H. Rønnestad & T. M. Skovholt (Red.), *The developing practitioner. Growth and stagnation of therapists and counselors* (s. 247-264). New York: Routledge.

- Skovholt, Thomas M., & McCarthy, Patricia R. (1988). Critical incidents: Catalysts for counselor development. *Journal of counseling and development*, 67(2), 69-130. doi: 10.1002/j.1556-6676.1988.tb02016.x
- Skovholt, Thomas M., & Rønnestad, Michael H. (2003). Struggles of the Novice Counselor and Therapist. *Journal of Career Development*, 30(1), 45-58. doi: 10.1023/A:1025125624919
- Skovholt, Thomas M., & Rønnestad, Michael Helge. (1992). *The evolving professional self: stages and themes in therapist and counselor development*. Chichester: Wiley.
- Slade, Arietta, & Wolf, Dennie Palmer. (1994). *Children at play : clinical and developmental approaches to meaning and representation*. New York: Oxford University Press.
- Smerud, Hege Syversen (2012). Kasusformulering og behandlingskvalitet. I B. Svendsen, U. T. Johns, H. Brautaset & I. Egebjerg (Red.), *Utviklingsrettet intersubjektiv psykoterapi med barn og unge* (s. 22-32). Oslo: Fagbokforlaget.
- Spiegel, D., & Grunebaum, H. (1977). Training versus treating the psychiatric resident. *American Journal of Psychotherapy*, 31(4), 618-625.
- Stambaugh, J. (1972). Introduction. I M. Heidegger (Red.), *On time and being*. New York: Harper & Row.
- Stern, D. N. (1985). *The interpersonal world of the infant. A view from psychoanalysis and developmental psychology*. New York: Basic Books.
- Stern, D. N. (2003). *Spedbarnets interpersonlige verden (norsk oversettelse av 2.utgave, 2000)*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Stern, Daniel. (1998). The process of therapeutic change involving implicit knowledge: Some implications of developmental observations for adult psychotherapy. *Infant mental health journal*, 19(3), 300-308. doi: 10.1002/(SICI)1097-0355(199823)19:3<300::AID-IMHJ5>3.0.CO;2-P
- Stern, Daniel N. (2007). *Her og nå: øyeblikkets betydning i psykoterapi og hverdagsliv*. Oslo: Abstrakt forlag.
- Stern, Donnel B. (1997). *Unformulated experience: from dissociation to imagination in psychoanalysis*. Hillsdale, N.J.: Analytic Press.
- Sullivan, Harry Stack. (1954). *The psychiatric interview*. New York: Norton.
- Svendsen, B. (2010). Implikasjoner for terapi. I B. Svendsen & K. Jacobsen (Red.), *Emosjonsregulering og oppmerksomhet - grunnfenomener i terapi med barn og unge* (s. 41-62). Oslo: Fagbokforlaget.
- Svendsen, B., & Toverud, R. (2009). Gjensidighet og observasjon: Om innledningsfaser i barneterapi. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 46(9), 843-849.
- Svendsen, Birgit. (2007). *Den terapeutiske relasjonen som ramme for utvikling i psykoterapi med små barn : en studie av de innledende samhandlingsprosessene* (Vol. nr. 101). Oslo: Unipub.
- Svendsen, Birgit, Johns, Unni T., Brautaset, Heidi, & Egebjerg, Ingeborg. (2012). *Utviklingsrettet intersubjektiv psykoterapi med barn og unge*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Target, Mary, & Fonagy, Peter. (1996). Playing with reality II: The development of psychic reality from a theoretical perspective. *The International Journal of Psychoanalysis*, 77(3), 459-479.
- Tetzchner, Stephen von. (2001). *Utviklingspsykologi : barne- og ungdomsalderen*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Tetzchner, Stephen von, Hesselberg, Finn, & Schiørbeck, Helle. (2008). *Habilitering: tverrfaglig arbeid for mennesker med utviklingsmessige funksjonshemninger*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Thorne, Sally. (2009). Is the story enough? *Qualitative health research*, 19(9), 1183-1185. doi: 10.1177/1049732309343951

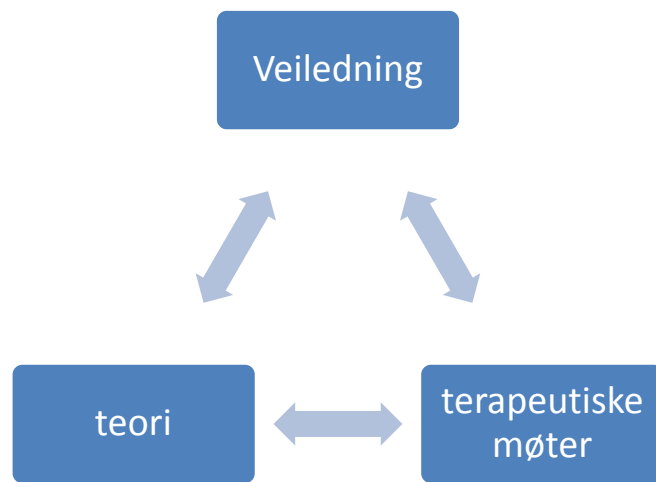


- Tilley, Susan. (2003). "Challenging" Research Practices: Turning a Critical Lens on the Work of Transcription. *Qualitative inquiry*, 9(5), 750-773. doi: 10.1177/1077800403255296
- Tomkins, Silvan S., & Mc Carter, Robert. (1964). What and where are the primary affects? Some evidence for a theory *Perceptual and Motor Skills*, 18(1), 119-158. doi: 10.2466/pms.1964.18.1.119
- Trevarthen, Colwyn. (2001). Intrinsic motives for companionship in understanding: Their origin, development, and significance for infant mental health. *Infant Mental Health Journal*, 22(1-2), 95-131. doi: 10.1002/1097-0355(200101/04)22:1<95::AID-IMHJ4>3.0.CO;2-6
- Tronick. (1989). Emotions and emotional communication in infants. *The American psychologist*, 44(2), 112-119. doi: 10.1037/0003-066X.44.2.112
- Tronick. (1998). Dyadically expanded states of consciousness and the process of therapeutic change. *Infant mental health journal*, 19(3), 290-299. doi: 10.1002/(SICI)1097-0355(199823)19:3<290::AID-IMHJ4>3.0.CO;2-Q
- Tydén, Anna (2002). *Tidsbegränsad barnpsykoterapi : barns och föräldrars erfarenheter* Stockholm: Stockholms läns landsting. Barn- och ungdomspsykiatri
- Ulvik, Oddbjørg Skjær, & Rønnestad, Michael H. (2013). Cultural discourses of helping: Perspectives on what people bring with them when they start training in therapy and counseling. I M. H. Rønnestad & T. M. Skovholt (Red.), *The developing practitioner* (s. 37-51). New York: Routledge.
- Vedeler, Gerdt Henrik. (1996). Å samtale med barn. Vet barn hva de snakker om? Hvordan få barn i tale, og hvordan vurdere hva de formidler? I M. Kjær (Red.), *Skjønner du? Kommunikasjon med barn* (s. 169-184). Oslo: Kommuneforlaget.
- Vygotsky, Lev Semenovič. (1978). *Mind in society: the development of higher psychological processes*. Cambridge, Mass.: Harvard University Press.
- Wachtel, Ellen F. (1994). *Treating troubled children and their families*. New York: Guilford Press.
- Wampold, Bruce E. (2001). *The great psychotherapy debate: models, methods, and findings*. Mahwah, N.J.: L. Erlbaum Associates.
- Wennerberg, Tor. (2011). *Vi er våre relasjoner*. Oslo: Arneberg.
- Westefeld, John S. (2009). Supervision of Psychotherapy: Models, Issues, and Recommendations. *The Counseling Psychologist*, 37(2), 296-316. doi: 10.1177/0011000008316657
- Winnicott, D.W. (1971). *Playing and Reality*. New York: Routledge.
- Winters, Nancy C., Hanson, Graeme, & Stoyanova, Veneta. (2007). The Case Formulation in Child and Adolescent Psychiatry. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, 16(1), 111-132. doi: 10.1016/j.chc.2006.07.010
- Yin, Robert K. (2003). *Case study research: design and methods*. Thousand Oaks, Calif.: Sage.
- Zerubavel, Noga, & Wright, Margaret O'Dougherty (2012). The dilemma of the wounded healer. *Psychotherapy (Chic)*, 49(4), 482-491. doi: 10.1037/a0027824

# Figurer



Figur 1 Hermeneutisk fortolkningssirkel (Gadamer, 1989; McLeod, 2001) min visuelle fremstilling



Figur 2 Triangulering i utvidelse av forståelse.